

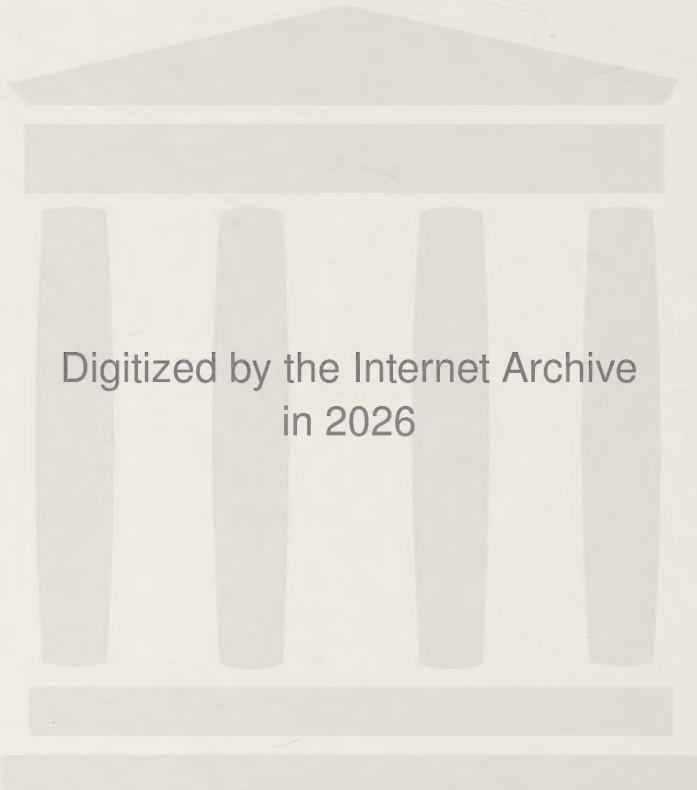
Die audiovisuelle Selbstkonfrontation (ASK)

**Eine Untersuchung zur Theorie und Praxis einer neuen
Interventionstechnik in der (Ehe-)Psychotherapie**

Jutta Wenzel

1979

1980
—



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551902_0010

DIE AUDIOVISUELLE SELBSTKONFRONTATION (ASK)

- Eine Untersuchung zur Theorie und
Praxis einer neuen Interventions-
technik in der (Ehe-)Psychotherapie -

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät der Ludwigs-Maximilians-
Universität zu München

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Jutta Wenzel aus Weissenfeld bei München

Referent: Prof. Dr. W. Butollo

Korreferent: Prof. Dr. A. Krapp

Tag der mündlichen Prüfung: 28.07.1980



DANKSAGUNG

Mein Dank für die Ermöglichung dieser langjährigen Arbeit gilt an erster Stelle meinem Betreuer, Herrn Prof. Dr. W. Butollo, der mich zu der Durchführung dieses Projektes ermutigte und mich in meinem Vorhaben stets unterstützte. Durch den mir gewährten großen Freiraum konnte ich die Studie entsprechend meinen Interessen gestalten und durchführen.

Die Untersuchung wäre außerdem in diesem Rahmen nicht möglich gewesen, wenn nicht eine großzügige Bereitstellung von Mitteln der Graduiertenförderung während zweier Jahre erfolgt wäre. Mithilfe dieser Mittel wurde mir u.a. ein Forschungsaufenthalt in den USA ermöglicht, der mir für die Planung und Durchführung der Untersuchung außerordentlich hilfreich und fruchtbar war. Mein Dank gilt daher an dieser Stelle dem Graduiertenförderungsausschuß für die Bereitstellung der finanziellen Mittel als auch Herrn Prof. Dr. Butollo und Herrn Prof. Dr. Dieter Ulich, die sich hier für mich eingesetzt haben.

Weissenfeld, im Oktober 1979

Jutta Wenzel

"O wad some Power the giftie gie us
To see oursel's as ithers see us!"

Robert Burns (1786)

"Confrontation has become perhaps
the most significant concept of this
decade as anxiety and alienation were
the most common in the preceding one"

Milton M. Berger (1970)

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	Seite
V O R W O R T	1
TEIL I: THEORIE	3
1. EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK	4
2. ÜBERBLICK ÜBER DIE VERWENDUNG MEDIALER SELBST- KONFRONTATION IN DER PSYCHOTHERAPIE	8
2.1 Die visuelle Selbstkonfrontation	8
2.2 Die auditive Selbstkonfrontation	11
3. DIE AUDIOVISUELLE SELBSTKONFRONTATION IN DER PSYCHOTHERAPIE	17
3.1 Die Anwendung der ASK in den verschiedenen therapeutischen Settings	17
3.1.1 Die ASK in der Einzeltherapie	18
3.1.2 Die ASK in der Ehe-therapie	47
3.1.3 Die ASK in der Familientherapie	56
3.1.4 Die ASK in der Gruppentherapie	63
3.1.5 Die ASK in der Kindertherapie	84
3.1.6 Stellungnahme zu den beschriebenen Arbeiten	90
3.2 Experimentelle Arbeiten zur Wirkungsweise der ASK	102

	Seite
3.2.1 Experimentelle Arbeiten zur ASK in der Einzeltherapie	102
3.2.2 Experimentelle Arbeiten zur ASK in der Ehe-therapie	108
3.2.3 Experimentelle Arbeiten zur ASK in der Familientherapie	117
3.2.4 Experimentelle Arbeiten zur ASK in der Gruppentherapie	118
3.2.5 Experimentelle Arbeiten zur ASK in der Kindertherapie	144
3.2.6 Stellungnahme zu den referierten experimentellen Arbeiten	145
 TEIL II : EMPIRIE	 156
 1. ZIEL DER UNTERSUCHUNG	 157
 2. DER VERSUCHSPLAN	 160
2.1 Hypothesen der Untersuchung	160
2.2 Meßinstrumente	163
2.3 Treatmentbedingungen und experimentelle Variation	200
2.4 Versuchsphasen	206

	Seite
3. DARSTELLUNG DER STATISTISCHEN ERGEBNISSE	208
3.1 Darstellung der Auswertungsstrategie	209
3.2 Deskriptive Datenanalyse	211
3.3 Univariate Datenanalyse	234
3.3.1 T-Tests	234
3.3.2 Varianzanalysen	261
3.4 Multivariate Datenanalyse	272
3.5 Verifizierung der Hypothesen	276
4. INTERPRETATIONEN DER ERGEBNISSE UND THEORETISCHE IMPLIKATIONEN	283
5. ABSCHLIESSENDE BEMERKUNG ZUR VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG	296

A N H A N G

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

V O R W O R T

Seit Beginn der 60er Jahre wurde - vorwiegend in den USA - eine psychotherapeutische Interventionstechnik entwickelt, die unter Bezeichnungen wie "audio-visual feedback" (RICKER, 1963), "video-self-confrontation" (BERMAN, 1972) oder auch "audio-visual self-confrontation" (BAHNSON, 1969) in die Literatur eingegangen ist.

Es handelt sich um die Technik der Selbstkonfrontation von psychisch gestörten Patienten mit Aspekten ihrer eigenen Person mittels einer Videobandaufzeichnung, die über einen Bildschirm wiedergegeben wird.

Diese Interventionstechnik wurde bis heute in ca. 250 bis 300 Einzelarbeiten von nahezu ebenso vielen verschiedenen Autoren mehr oder weniger anekdotenhaft beschrieben. Trotz dieser Fülle an Arbeiten fehlt jedoch bis heute eine ganzheitliche Darstellung der verschiedenen Ansätze und eine grundlegende Konzeption dieser Interventionstechnik.

Umso erstaunlicher wirkt dies, als anhand der immer noch wachsenden Zahl der Arbeiten eine bereits weit verbreitete Anwendung dieser Technik vermutet werden kann. Dies geschieht jedoch offensichtlich ohne eine stringente Theorie und empirische Validierung dieser Technik.

Aufgrund dieser Tatsachen muß die Situation der "Audiovisuellen Selbstkonfrontation", im folgenden kurz "ASK" genannt, trotz einer bald 20jährigen Geschichte bis jetzt noch als Experimentierstadium bezeichnet werden.

Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch dar, eine Theorie der ASK anhand der bisherigen Einzelarbeiten zu entwickeln und durch einen eigenen Beitrag zur experimentellen Validierung zu ergänzen.

Die Arbeit besteht aus zwei Teilen. In Teil I erfolgt die Darstellung aller wichtigen Einzelarbeiten zur ASK mit anschließender zusammenfassender Analyse dieser Arbeiten. In Teil II wird der eigene experimentelle Beitrag zur Wirkung der ASK im Rahmen Ehepsychotherapeutischer Interventionen dargestellt.

T E I L I : T H E O R I E

1. EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK

Das Konzept der Selbstkonfrontation als psychotherapeutische Interventionstechnik läßt sich als grundsätzliche Idee in der Geschichte der Psychotherapie zurückverfolgen bis auf FREUD, dessen Prinzip der "Spiegelhaltung" dem durch die spätere technische Innovation mit Hilfe des Videorecorders ermöglichten Vorgehen sehr ähnlich ist:

"Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysierten sein und ihm wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird " (FREUD, 1912, S. 384).

Anstelle dieser Spiegelplatte, die der Therapeut nach FREUDs Theorie verkörpern soll, kann der Patient 50 Jahre später direkt und ohne Umweg über die Wahrnehmung des Therapeuten sich selbst auf einem Bildschirm beobachten, auf dem er mittels einer Videobandaufzeichnung so widergespiegelt wird, wie er sich seiner Umwelt präsentiert.

Vermutlich aufgrund dieser grundlegenden Ähnlichkeit der Technik bezeichnete WILMER 1966 die Technik der ASK als "electronic couch" (S. 129).

GARNER (1970) weist richtig darauf hin, daß bei fast jeder Therapieform mit Selbstkonfrontation gearbeitet wird:

"That a confrontation approach to the patient has been characteristic of almost every type of psychotherapy endeavor is sometimes overlooked" (S. 6).

In einblicks-orientierten Psychotherapieformen z.B. erfolgt eine verbale Selbstkonfrontation des Patienten durch die Vermittlung von Wahrnehmungen des Therapeuten über den Patienten. Der Patient wird auf diese Weise mit Aspekten seiner Person wie sein Verhalten, seine Mimik oder Gestik etc. konfrontiert.

Erfolgt das psychotherapeutische Setting in Form von Ehe-, Familien- oder Gruppentherapie, erhält die Selbstkonfrontation noch eine ausgedehntere Funktion, da sie außer durch den Therapeuten zusätzlich durch die anderen Therapieteilnehmer erfolgt. Durch diese gegenseitige Konfrontation können die einzelnen Mitglieder Aspekte ihrer Persönlichkeit aus der Perspektive der Interaktionspartner sehen lernen und über diesen Weg eine korrigierende Selbstwahrnehmung erfahren.

Implizierte Grundannahme für die Anwendung verbal konfrontierender Techniken in der Psychotherapie ist, daß durch die Konfrontation des Patienten mit Aspekten seiner Persönlichkeit ein Prozeß ausgelöst wird, im Verlauf dessen er zunächst befähigt wird, sich selbst realitäts-adäquater wahrzunehmen und im weiteren seine Handlungen und Empfindungen ebenfalls entsprechend zu modifizieren.

Auf die Bedeutung solcher Wahrnehmungsveränderungen weist SANFORD hin:

"It is hypothesized here that any means of improving perception might result in an accelerated awareness, mobilization of defenses, and reorganization of mental mechanisms with consequent change in behavior " (SANFORD, 1969, S. 682).

Die Selbstkonfrontation soll auf diese Weise den durch die Therapie angestrebten Veränderungsprozeß in Kombination mit anderen Interventionstechniken unterstützen.

Da sich diese therapeutische Vorgehensweise in ihrer Anwendung bis heute erfolgreich bewährt hat, ist es als logische Weiterentwicklung anzusehen, daß nach Möglichkeiten gesucht wurde, um diese Technik auszudehnen.

Mit der Entwicklung technischer Innovationen auf dem Gebiet der elektromagnetischen Aufzeichnungstechniken wie Tonband- und

Videobandaufzeichnungen eröffnete sich die Möglichkeit, den Patienten direkt und ohne Vermittlung über den Therapeuten mit Aspekten seiner Person zu konfrontieren und ihm so ein realitätsgetreues, ganzheitliches Bild von sich selbst zu vermitteln.

Während die Verwendung von Tonbandaufzeichnungen am Beginn dieser Entwicklung noch auf den sprachlich-inhaltlichen bzw. sprachlich-formalen Aspekt beschränkt war, konnte dem Patienten mit Hilfe der Videobandaufzeichnung seine gesamte äußere Erscheinungsweise in Aktion vermittelt werden. Besonders die Entwicklung der Videotechnik bedeutete so eine ungeahnte Ausdehnung der Konfrontationstechnik für den Patienten.

Die so möglich gewordene direkte Selbstkonfrontation bedeutete zusätzlich noch eine weitere wichtige therapeutisch-technische Verbesserung. Es ist bekannt, daß bei der Anwendung verbaler Konfrontationstechniken mit einer starken defensiven Gegenreaktion des Patienten gerechnet werden muß, z.B. mit Verleugnung. Die Konfrontation konnte vom Patienten leicht aufgrund von personenbezogenen Aspekten der Konfrontation abgewehrt werden, wie vor allem im familien-, ehe- oder gruppentherapeutischen Zusammenhang beobachtet wurde, und zwar in Abhängigkeit zur Beziehung des Konfrontierten zum Konfrontierenden.

Dies bedeutete eine Einschränkung der Wirksamkeit der verbalen Konfrontation bzw. einen größeren therapeutischen Aufwand zum Abbau dieser spezifischen Abwehr. Diese Abwehrprobleme lassen sich nach bisherigen Erkenntnissen durch die Anwendung der medial vermittelten Selbstkonfrontation wie der ASK zum großen Teil überwinden. Durch die direkte, also nicht personal vermittelte Beobachtung des eigenen Verhaltens kann der Patient nun selbst zu Einsichten über sich kommen, wodurch der defensive Umgang mit den Mitteilungen des Therapeuten oder anderer Therapiemitglieder über ihn reduziert wird und der Patient

durch die objektive Vermittlung seines realen Verhaltens zur Aufgabe seiner Verleugnungssysteme quasi gezwungen ist.

Von diesen grundsätzlichen Überlegungen ausgehend, entwickelten die einzelnen in der Psychotherapie arbeitenden Forscher verschiedene Ansätze zur Anwendung der Audiovisuellen Selbstkonfrontation in den unterschiedlichsten therapeutischen Settings. Es entstand auf diese Weise eine Vielfalt von Techniken und theoretischen Ansatzpunkten, die im folgenden Teil der Arbeit dargestellt werden sollen.

Eine anschließende Zusammenfassung dieser Arbeiten macht den Versuch einer Systematisierung und versucht darzustellen, welche theoretischen Schlüsse aufgrund dieser Arbeiten bezüglich der therapeutischen Wirkungsweise und Effektivität der ASK gezogen werden können.

Im Kontrast zu den rein theoretisch-deskriptiven Arbeiten werden in einem nächsten Teil die wichtigsten empirischen Arbeiten zur Wirkung der ASK dargestellt und analysiert. Eine Gegenüberstellung der empirischen Ergebnisse und der Schlüsse aus den theoretischen Arbeiten schließen den methodischen Teil der Arbeit ab.

2. ÜBERBLICK ÜBER DIE VERWENDUNG MEDIALER SELBSTKONFRONTATION IN DER PSYCHOTHERAPIE

Parallel zum Stand der technischen Entwicklung im Medienbereich entwickelten sich auch die Formen von medialer Selbstkonfrontation, bis durch die Verfügbarkeit von Videogeräten die ASK als beste Möglichkeit der Selbstkonfrontation entwickelt werden konnte.

Zuvor wurden Selbstkonfrontationen via Spiegel, Fotografie und Film ("visuelle Selbstkonfrontation") und via Tonband ("auditive Selbstkonfrontation") durchgeführt.

Im folgenden soll ein Überblick über einzelne Ansätze dieser Formen medialer Selbstkonfrontation gegeben werden.

2.1 Die visuelle Selbstkonfrontation

Wie bereits oben angeführt, wurde eine visuelle Selbstkonfrontation der Patienten mit Hilfe des Spiegelbildes, der Fotografie und Filmaufnahmen versucht.

ELKISCH (1957) wandte die Konfrontation mit dem Spiegelbild bei schizophrenen Patienten an, um damit Zustände extremer innerpsychischer Spannung zu reduzieren. ELKISCH ist der Meinung, daß die Patienten versuchen, im Spiegelbild das wiederzufinden, was ihnen verlorengegangen sei: Ihr Ich, Ihr Selbst, ihre Identität und ihre Ich-Grenzen. Bei den Experimenten von ELKISCH entstand dabei der Eindruck, daß die Patienten durch die Konfrontation mit ihrem Spiegelbild ihre Ich-Identität teilweise wieder etablieren konnten.

CORNELISON & ARSENIAN (1960), die als die eigentlichen Pioniere auf dem Gebiet der Selbstkonfrontation gelten, entwickelten ihre Technik zunächst unter Verwendung von Fotografien. Sie arbeiteten mit psychotischen Patienten und erhofften sich durch die Selbstkonfrontation der Patienten mit ihren Fotos eine günstige Beeinflussung ihres psychotischen Zustandes.

Die Autoren konnten beobachten, daß die Patienten ihren eigenen Bildern mehr Aufmerksamkeit schenkten als anderen Objekten ihrer Umwelt. Sie beschrieben außerdem die folgenden Reaktionen auf die Selbstkonfrontation: Nach einem anfänglichen psychischen Schock bei der ersten Konfrontation konnte mit steigender Anzahl an Konfrontationen eine günstige Veränderung des psychotischen Zustandes verzeichnet werden. Bei einigen Patienten wird sogar von "dramatic improvements" (S. 5) der psychotischen Desorganisation berichtet. Die Autoren führten diese Veränderungen auf eine Art "emotionale Katharsis" zurück, die durch die visuelle Selbstkonfrontation ausgelöst worden sei.

Methodisch gingen CORNELISON & ARSENIAN so vor, daß sie den Patienten fotografierten und ihn unmittelbar nach der Aufnahme mit dieser im Sofortbildverfahren hergestellten Fotografie konfrontierten. Begleitend wurden dem Patienten einige Fragen gestellt, die Aufschluß über die Selbstwahrnehmung geben sollten und das Konfrontationserlebnis weiter vertiefen sollten (z.B. "Wie gefällt Ihnen die Person auf dem Bild?" "Was mißfällt Ihnen?" usw.).

CORNELISON & ARSENIAN beobachteten, daß die Art der Reaktion auf die Selbstkonfrontation von individuellen Unterschieden im Ausmaß und in der Art des vorliegenden Narzißmus abhängt. Bei psychotischen Patienten, deren frühe narzißtischen Gefühle positiv und befriedigend waren, kann nach Aussage der Autoren das Selbstkonfrontations-Erlebnis Wahrnehmungsprozesse

initilieren, die in dem restlichen Ich-Fragment eine Bewußtheit jener alten Gefühle und Ideen des Selbst wiederherstellen können.

Für den zurückgezogenen, aber nicht desorganisierten Patienten kann die Selbstkonfrontation mit dem eigenen Bild eine Zentrierung der Aufmerksamkeit auf das Selbst auslösen, für den akut-desorganisierten Patienten kann sie eine aktive Neu-Etablierung der Ich-Identität initilieren.

Im Gegensatz zu diesen Berichten konnte MILLER (1962) eine Verbesserung der psychotischen Symptomatik bei seinen mit visueller Selbstkonfrontation behandelten Patienten nicht feststellen.

FRYREAR et al. (1974) versuchte, das Selbstkonzept von jugendlichen Delinquenten mit Hilfe der visuellen Selbstkonfrontation via Fotografie zu verbessern. Er ging dabei davon aus, daß solche Probanden ein verzerrtes Selbstkonzept haben und daß sich mit Hilfe von Körperbild-Konfrontationen über die Veränderung des Selbstkonzeptes eine Besserung der Problematik erreichen ließe.

Es konnte gezeigt werden, daß die Gruppe mit wöchentlichen Selbstkonfrontationen eine stärkere positive Veränderung des Selbstkonzeptes erfuhr. Außerdem wurde die Selbst-Zufriedenheit der Jugendlichen größer als bei einer Vergleichsgruppe ohne visuelle Selbstkonfrontation. Das Verhalten wurde jedoch dadurch in der Konsequenz nicht beeinflusst.

Es ist anzunehmen, daß dieses Ergebnis auf den angenommenen, aber nicht gesicherten Zusammenhang zwischen gestörtem Selbstkonzept und der Symptomatik jugendlicher Delinquenz zurückgeführt werden kann.

Die Selbstkonfrontation mit Hilfe von Filmaufnahmen wurde vor allem von CARRERE (1954, 1955) durchgeführt. Mit seiner Technik ("Le psychochoc cinématographique") behandelte er Alkoholiker, indem er sie während des alkoholisierten Zustands filmte und sie dann im ausgenücherten Zustand mit diesen Aufnahmen konfrontierte.

Dabei legte er großen Wert auf die abschreckende Schockwirkung, die die Aufnahmen für die Patienten haben sollte. Durch diese Art von Dekonditionierung sollte der Patient veranlaßt werden, sein Trinker-Verhalten aufzugeben. (Siehe auch Beschreibung auf Seite 25 f.)

2.2 Die auditive Selbstkonfrontation

Die Selbstkonfrontation mittels Tonbandaufnahmen wurde vereinzelt bereits sehr früh angewandt. So verwendete ROGERS 1942 Tonbandaufnahmen von Beratungssitzungen zur Selbstkonfrontation der Therapeuten, die die Aufnahmen zusammen mit Ko-Therapeuten anhörten. Die Konfrontation sollte hier ebenfalls den Zweck einer Selbstkontrolle erfüllen, so daß die hier gemachten Beobachtungen auch Relevanz für die Anwendung dieser Technik bei Patienten besitzen. ROGERS spricht davon, daß die Tonaufzeichnungen sehr aufschlußreich waren, um das "personality make-up" (S. 685) der Berater widerzuspiegeln.

Als erster beschäftigte sich dann FREED (1948) mit den Reaktionen von Patienten auf die auditive Selbstkonfrontation, indem er versuchte, die Konfrontation mit der Tonaufzeichnung therapeutisch einzusetzen.

Ausgehend von den Prinzipien des Charakterwiderstandes, wie sie von REICH (1945) beschrieben wurden, formulierte FREED eine erste Theorie der Selbstkonfrontation:

"The aim is to confront the patient with selected parts of the interview where the mode of verbalization, the inflection of the voice, the basic affects are revealed" (S. 686).

FREED meint, daß eine solche Konfrontation tiefgehende psychologische Erkenntnisse durch den Patienten hervorrufen kann, die der Therapeut effektiv dafür einsetzen kann, um narzißtische Barrieren und Widerstände zu durchbrechen, die der Patient zur neurotischen Abwehr einsetzt.

Die Methodik von FREED diente späteren Untersuchern zum Vorbild: Mit dem Einverständnis der Patienten wurden psychotherapeutische Sitzungen aufgezeichnet. Bestimmte Ausschnitte, die geeignet erschienen, wählte FREED für die Konfrontation aus und spielte sie dem Patienten unmittelbar danach vor. Anschließend arbeitete FREED die Reaktionen des Patienten auf die Konfrontation durch.

Anhand von Fallbeispielen leitet FREED deskriptiv-phänomenologisch Hinweise auf Indikation und Kontraindikation seiner Konfrontations-Technik ab. Sie erschien ihm besonders geeignet, um stark narzißtische, neurotische Patienten zu behandeln. Solche Patienten seien sehr selbstgefällig und haben wenig Einsicht in ihre verzerrt wahrgenommenen Persönlichkeitsmerkmale und in ihre Abwehrmaßnahmen.

FREED konnte außerdem die Beobachtung machen, daß mit Hilfe der auditiven Selbstkonfrontation die Angst, mit der der jeweilige unbewußte Konflikt assoziiert war, schneller zu mobilisieren war, als es vermutlich mit traditionellen Therapiemethoden möglich gewesen wäre. Es wurde allerdings auch deutlich, daß die Gefahr bestand, zu starke Angst zu schnell auszulösen.

Als Kontraindikation führt FREED an, daß sowohl bei paranoiden als auch bei zwanghaften Patienten, die in ihrer Krankheit ritualisierende Systeme einbeziehen, die Konfrontationstechnik eher vermieden werden sollte. Einen begründeten theoretischen Hintergrund für diese Annahme gibt FREED jedoch nicht an.

GAIER (1952) und später auch PAUL (1968) verwendeten Tonbandaufzeichnungen, um die Verfügbarkeit von therapeutischen Daten auszudehnen und mittels Konfrontation therapeutisch einsetzen zu können. Die Aufnahmen wurden dabei nicht zur unmittelbaren Konfrontation eingesetzt, sondern die Patienten wurden mit Aufzeichnungen aus früheren Sitzungen konfrontiert, um sie frühere Prozesse erneut erleben zu lassen und ihnen damit die Veränderungen während der Therapie zu verdeutlichen. Der Zweck dieser Konfrontationstechnik war also vor allem die Unterstützung der therapeutischen Motivation und weniger die aktuelle Einsicht in das eigene verbale Verhalten.

TEIRICH (1956) beschreibt neben anderen Verwendungsmöglichkeiten der Tonbandaufnahme in der Psychotherapie die Anwendung bei der Narkoanalyse. Seine Technik besteht darin, das gesamte therapeutische Gespräch aufzuzeichnen und den Patienten am nächsten Tag im vollbewußten Zustand damit zu konfrontieren. TEIRICH ist der Auffassung, daß "eine solche Konfrontation mit sich selbst (Spiegelmethode) von tiefgehender Wirkung und zu ihrer Beherrschung große therapeutische Erfahrung erforderlich ist" (S. 719). Leider versäumt er es jedoch, die tiefgehende Wirkung auch tiefergehend zu beschreiben.

STERN (1968, 1970) setzt die auditive Selbstkonfrontation im traditionellen psychoanalytischen Therapieprozeß ein. Er nimmt die Sitzung jeweils auf und gibt dem Patienten je nach Bedürfnis das Band zum Anhören mit nach Hause bzw. hört es gemeinsam mit dem Patienten an.

STERN differenziert in der Beschreibung der Reaktionen der Patienten auf die Konfrontation nicht bezüglich der unterschiedlichen Konfrontationssituationen (allein zuhause oder zusammen mit dem Therapeuten). Es gibt allerdings Hinweise darauf, daß die Anwesenheit einer anderen Person ein wichtiger Faktor ist, um eine psychische Betroffenheit durch die Konfrontation auszulösen.

In einem Experiment von ARCHER et al. (1972) erhielt eine Gruppe von Personen ihr Playback in Anwesenheit einer anderen Person, während zwei andere Gruppen ihre Konfrontation allein erhielten. Die erste Gruppe zeigte eine signifikant stärkere Abnahme der Herzaktivität und Zunahme der Schweißreaktion. Die an dieser Gruppe teilnehmenden Probanden berichteten außerdem von einer größeren Belastung durch die Konfrontation, aber auch von einem ausgeprägteren Gefühl, daß sie viel durch diese Erfahrung über sich lernten als die beiden anderen Gruppen.

STERN beschreibt die folgenden Reaktionen der Patienten auf die Selbstkonfrontation. Durch die Konfrontationen konnte neues Assoziationsmaterial ausgelöst werden. Die Patienten wurden bewußter gegenüber ihren eigenen Abwehroperationen und Übertragungsmechanismen, gegenüber ihren eigenen Gefühlen und Einstellungen. Sie konnten allgemein eine größere Objektivität und realistischere Einstellung sich selbst gegenüber entwickeln.

STERN legte dabei besonderen Wert auf diesen Prozeß der "self-objectification". Die psychoanalytische Prozedur - so argumentierte er - die eine regressive Rollenübernahme fördert, sei nicht unbedingt günstig, um die gewünschte Objektivierung und deren Integration zu fördern. Die Selbstkonfrontation aber, die von der Wirkung der direkten Übertragungsabhängigkeit relativ frei sei, begünstige die Objektivierung der Übertragungsbeziehung und trage außerdem dazu bei, eine Selbst-Objektivierung zu fördern.

Das Anwachsen der Selbst-Objektivierung fördere die autonomen Ich-Funktionen und resultiere in Reifung des Ichs. Sie führe außerdem zur verstärkten Realitätsprüfung und damit zur Korrektur der Beurteilung innerer und äußerer Realität und fördere so eine realitäts-orientierte Einsicht.

Das Anhören des Playbacks der psychoanalytischen Sitzung erlaube dem Patienten, sein Verhalten in größerer Unabhängigkeit vom Therapeuten und dessen Interpretationen zu objektivieren und die Einsicht des psychoanalytischen Prozesses besser zu integrieren.

SANFORD (1969) entwickelte eine Theorie der auditiven Selbstkonfrontation in der Psychotherapie. Er verwendet dabei den Begriff des "acoustic mirror" durch die Ähnlichkeit des Verahrens mit der Selbstbeobachtung im Spiegel. Er geht davon aus, daß die Entwicklung einer realistischen Beurteilung von intra- und interpsychischen Phänomenen durch den Patienten eine äußerst wichtige Phase im therapeutischen Prozeß darstellt, an dessen erfolgreichem Abschluß die Verhaltensänderung steht. Als einen der Schlüssel für diese Entwicklung nimmt SANFORD die Fähigkeit des Patienten an, sich selbst und andere realistisch einzuschätzen. Dabei erscheint ihm die Konfrontation mit der Tonbandaufzeichnung als hilfreiche Technik: "The audiotape recorder appears as a useful tool of communication which expands the perception in both, patient and therapist" (S. 682).

SANFORD ist der festen Überzeugung, daß die durch die auditive Selbstkonfrontation vermittelte realistische Selbstwahrnehmung einen bedeutenden Katalysator des psychotherapeutischen Prozesses darstellt.

Er weist darauf hin, daß die Tonbandaufzeichnung als effektive Konfrontationstechnik verwendet werden kann, wenn bestimm-

te Regeln beachtet werden. Hierfür entwickelte er eine Anwendungsempfehlung, wobei er davon ausgeht, daß die Selbstkonfrontation zu einem traumatischen Erlebnis werden kann, wenn nicht eine gewisse Vorbereitung auf dieses Erlebnis und eine Gewöhnung an diese Technik vorausgeht. Eine Phase der Desensibilisierung für das Erlebnis der Diskrepanz zwischen der inneren und der vermittelten Selbstwahrnehmung soll den Patienten zunächst an die eigene Stimme gewöhnen. Der Patient wird dann langsam mit einer Hierarchie von Stimuli aus der Aufzeichnung konfrontiert, wobei die Konfrontation mit solchen Statements beginnt, die bezüglich Inhalt und persönlichem Bezug relativ weit vom aktuellen Konflikt entfernt sind und nach und nach sich dem Konflikt bzw. den angstauslösenden Themen nähern.

Mit der Hilfe geeigneter verstärkender Äußerungen des Therapeuten soll so der Patient nach und nach lernen, seine Verhaltensweisen effektiver zu kontrollieren und letztlich zu verändern.

3. DIE AUDIOVISUELLE SELBSTKONFRONTATION IN DER PSYCHOTHERAPIE

Im folgenden soll, nach einzelnen Therapie-Settings und -Formen aufgegliedert, eine Darstellung aller wichtigen Einzelarbeiten zur Verwendung der ASK als psychotherapeutische Interventionstechnik gegeben werden.

Es soll dabei zunächst in einer rein deskriptiven Weise über die verschiedenen Autoren mit ihren diversen Techniken, theoretischen Modellen und praktischen Erfahrungen unkommentiert referiert werden. Hierdurch soll ein Überblick über die Vielfalt der Ansätze gegeben werden. Eine abschließende Analyse dieser Arbeiten versucht eine Systematisierung der berichteten Erfahrungen.

Ein zweiter Abschnitt beschäftigt sich mit den experimentellen Arbeiten zur Wirkung der ASK. Es werden dort die Ergebnisse dieser Arbeiten referiert und anschließend in einer Stellungnahme analysiert und mit den Ergebnissen der Erfahrungsberichte verglichen.

3.1 Die Anwendung der ASK in den verschiedenen therapeutischen Settings

Da sich die Techniken der ASK vor allem anhand des therapeutischen Settings, in dem sie angewandt werden, unterscheiden lassen, erschien es sinnvoll, eine Gliederung der referierten Arbeiten nach diesem Kriterium vorzunehmen. Sie werden daher im folgenden getrennt nach ihrer Zugehörigkeit (Einzel-, Ehe-, Familien-, Gruppen- und Kindertherapie) dargestellt.

3.1.1 Die ASK in der Einzeltherapie

ALGER (1969, 1971)

ALGER entwickelte eine Technik der ASK, die er zunächst "Videotape Playback" (1969) und später dann "Videotape Confrontation" (1971) nannte. Diese Umbenennung war nicht nur eine formale Bezeichnungsmodifikation, sondern entsprach inhaltlich einer Weiterentwicklung seiner Technik.

Die zunächst entwickelte Methode des "Videotape Playback" bestand darin, daß die ersten 10 Minuten einer psychotherapeutischen Sitzung auf Video aufgezeichnet wurden und dann anschließend Therapeut und Patient die gesamte Sequenz anschauten. Dabei wurde der Patient instruiert, das Playback dann zu stoppen, wenn er das Gefühl hat, einen Kommentar über das Gesehene oder Gehörte abzugeben und mit dem Therapeuten darüber zu reden. Er wurde weiter instruiert, besonders auf Diskrepanzen zu achten, die sich zwischen dem auf dem Bildschirm evidenten Gefühlsausdruck und dem tatsächlichen subjektiven Gefühl während der Aufnahme ergeben.

Die mit dieser Technik verbundenen theoretischen Erwägungen ALGERs über deren Wirkung bezogen sich zunächst vor allem auf die Herstellung einer demokratischeren therapeutischen Beziehung und einer größeren Transparenz des aktuellen Kontextes im Hier und Jetzt der Beziehung.

ALGER beschrieb daher 1969 als interessanteste Konsequenz des Playbacks ... "the encouragement of a more democratic and equalitarian therapeutic relationship" (S. 430).

Wenn sowohl der Therapeut als auch der Patient Zugang zu denselben objektiven Daten der Therapiesitzungen haben, so argumentiert ALGER, seien damit die traditionellen Rollen des Arzt-Patient-Verhältnisses herausgefordert und einer Veränderung ausgesetzt.

Die durch das "Videotape Playback" gestellte Aufgabe der Selbstbeobachtung und der Versuch, die Aktionen und Interaktionen zu verstehen, mache den Therapieprozeß zu einem echten gemeinsamen "research project" (S. 430) zwischen Patient und Therapeut. Auf diese Weise würde sich die klassische Rollenverteilung zugunsten einer echten, gegenseitigen Kooperation verändern, was ALGER als bedeutend bezüglich des psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses und der Motivation zur Mitarbeit einschätzt.

ALGER sah eine weitere Bedeutung dieser Technik in ihrer Möglichkeit, alle verbalen und nonverbalen Botschaften einer Sitzung für die Analyse dieser komplexen Kommunikationsvorgänge verfügbar zu haben. Dabei legte er vor allem Wert auf die Klärung widersprüchlicher Kommunikationskanäle, wie sie mit dem Begriff des "double bind" bei BATESON et al. (1963) beschrieben sind.

Die Weiterentwicklung seiner Technik zur "Videotape Confrontation" entsprach der Überlegung ALGERs, psychodynamische Gesichtspunkte stärker zu berücksichtigen und nicht eine mechanische Interventionstechnik anzuwenden.

Die Modifikation des Vorgehens bestand darin, daß die therapeutische Sitzung fortlaufend so lange aufgezeichnet wird, bis Patient oder Therapeut ein Playback wünschen.

Dieses Vorgehen berücksichtigt den Fortgang des therapeutischen Prozesses und das aktuelle Bedürfnis bzw. die Notwendigkeit einer Konfrontation stärker. Die Technik hat allerdings den Nachteil, daß sie vom Patienten leichter in den Dienst der Abwehr gestellt werden kann: indem keine Konfrontation gewünscht wird, obwohl sie psychodynamisch wichtig wäre oder indem eine Konfrontation an einer Stelle gewünscht wird, an der es wichtiger wäre, den Therapieprozeß ungestört fortlaufen zu lassen und die Unterbrechung Abwehrfunktion hat.

Der Therapeut hat daher die Aufgabe, diese Formen der Abwehr besonders zu beachten.

Die frühere Technik des "Videotape Playback" hatte dagegen den Vorteil, nicht in diesem Ausmaß für Abwehrzwecke eingesetzt werden zu können, da es nicht vom Patienten bestimmt wurde, wann das Playback erfolgte, sondern im vorhinein festgelegt war. Der entscheidende Nachteil dieser Technik war jedoch, daß die Dynamik des therapeutischen Geschehens unberücksichtigt blieb, da das Playback unabhängig vom Verlauf des Therapieprozesses willkürlich eingesetzt wurde. Das so verwendete Playback konnte die Kontinuität an wichtigen Stellen unterbrechen und dem Therapieprozeß eher hinderlich sein als ihn zu unterstützen.

ALGER konzipierte zur Beschreibung des durch die ASK ermöglichten Prozesses den Begriff des "Phänomen der 2. Chance" ("second chance phenomenon", 1969, S. 434). Unter diesem Phänomen versteht er die durch die Konfrontation eröffnete Möglichkeit, daß durch das im Playback wiederholte Durchleben einer Situation Gefühle bewußt werden und Beobachtungen gemacht werden können, die während der aktuellen Situation nicht wahrgenommen wurden und so erst durch diese "2. Chance" bewußt werden und zur Klärung der Situation und der Abläufe eingesetzt werden können.

"This has been called the "second chance phenomenon", because following the replay, a person has a second chance to express the feelings that originally were present, but which were unknowingly hidden during the actual incident" (1973 a, S. 190).

In der Weiterentwicklung seiner Technik zur "Videotape Confrontation" beschreibt ALGER die Wirkungsweise dieser Interventionstechnik im Bezugsrahmen einer Theorie des Selbst. Er spricht im folgenden auch verstärkt von "self-confrontation"

(ALGER 1971), wobei für ihn die Begriffe "Selbst" und "Selbstbild" eine große Bedeutung für das Verständnis der Wirkung der Konfrontation erlangen. Dabei wird das Erkennen der eigenen Gefühle von zentraler Bedeutung für seine Theorie. Ohne eine klare Bewußtheit seiner eigenen Gefühle, so argumentiert er, sei eine Person in einem bestimmten Ausmaß desorientiert und dadurch weniger fähig, sich bedeutungsvoll, realistisch und sozial angepaßt zu verhalten. Daher sei die Entwicklung einer wachsenden Bewußtheit eines der wichtigsten Ziele einer Therapie. Die Anwendung der "Videotape Confrontation" unterstütze einen solchen Bewußtwerdungsprozeß.

BERGER (1970; 1971; 1973 a, b; 1977)

BERGER experimentierte ausgiebig mit verschiedenen Formen der ASK in der Psychotherapie und setzte sich als einer der wenigen Autoren intensiv mit den therapeutischen Effekten dieser Technik auseinander. Er entwickelte seine Theorie und Technik der "self-confrontation" auf der Basis einer psychoanalytischen Orientierung unter Einbeziehung theoretischer Überlegungen zum Selbstkonzept und Selbstbild.

Seine Technik der "self-confrontation" sah zunächst so aus, daß er die psychotherapeutischen Sitzungen vollständig aufzeichnete und in einer gesonderten Konfrontationssitzung die Patienten mit den Aufnahmen konfrontierte. Später revidierte er seine Technik und ging dazu über, die Konfrontationen in die Therapiesitzungen zu integrieren. Die Sitzung wurde dabei fortlaufend aufgezeichnet und Patient oder Therapeut konnten die Aufzeichnung zu jeder beliebigen Zeit für eine Selbstkonfrontation stoppen.

Als weitere Variation entwickelte BERGER die Technik der "immediate image confrontation" (1970, S. 126), bei der er den Patienten, während dieser agiert, mit seinem Bild auf dem Monitor direkt konfrontiert, so daß der Patient ein fortlaufendes, unmittelbares Feedback seiner Mimik und Gestik erhielt.

Dabei wurde der Patient instruiert, zu beobachten, ob sein Gesichts- und Körperausdruck in Übereinstimmung steht mit dem, was er sagt und was er innerlich fühlt. BERGER kam es bei dieser Technik also vor allem auf die Analyse von Diskrepanzerlebnissen an.

BERGER beschrieb die folgenden Beobachtungen bezüglich der Wirkung der "self-confrontation": Sie kann zur Klärung der psychischen, emotionalen, verhaltensmäßigen und körperlichen Identität dienen. Der therapeutische Prozeß wird durch die Möglichkeit zur wiederholten Beobachtung, Wahrnehmung und Integration des eigenen Bildes unterstützt und effektiviert. Durch das wiederholte Playback erfolgen echte emotionale Einsichten, die zusammen mit den eher intellektuellen Einsichten von konventioneller Psychotherapie schneller signifikante Verhaltensänderungen beim Patienten hervorrufen können, es wirkt so als Katalysator.

Der Prozeß der Bewußtwerdung mittels Durcharbeiten (im psychoanalytischen Sinn, Anm.d.Verf.) und die Erhöhung der Motivation für Veränderung, emotionaler und intellektueller Einsicht folgend, wird durch die Möglichkeit des Video-Playbacks wesentlich unterstützt.

Ein kontinuierlicher Effekt der Selbst-Konfrontation ist nach BERGER die anwachsende Bewußtheit der individuellen Persönlichkeitsmerkmale, der eigenen pathologischen Interaktionen und Abwehrmuster. Ein individuelles Verhalten kann seiner Meinung nach dadurch modifiziert werden, daß die Vielfalt und Komplexität an Informationen über das Verhalten erhöht werden. Mit dieser Erweiterung der Kenntnis über das eigene Selbst können Patienten ihre Verleugnungssysteme leichter aufgeben und sich in der Folge realitätsangepaßter verhalten.

"Seeing oneself and one's interactions often enables the individual to acknowledge something that he couldn't accept before subsequent playbacks lead to a more profound awareness of pathologic interaction - it is as if the process of awareness through the playback itself demands the giving up of denial systems" (BERGER, 1968, S. 508).

1973 entwickelte BERGER eine spezielle Technik, die er "multiple image self-confrontation" 1973 a, S. 8) nannte und die darauf abzielte, Assoziationen auszulösen, die zu Einsicht, Katharsis und der Aufgabe von "psycho-socio-sexual fixations" (1973 a, S. 9) führen sollten.

Für diese Technik wird dem Patienten auf einem Monitor sein klares Bild gezeigt, während auf einem anderen Monitor sein durch elektronische Effekte verzerrtes, sich endlos durch elektronische Rückkopplung wiederholendes, verfremdetes Bild gezeigt wird. BERGERS Theorie für dieses Vorgehen ist, daß sich dadurch verdrängte Erinnerungen, die mit den Selbst-Bildern aus der Kindheit verbunden sind, auslösen lassen. Er rekurriert damit theoretisch auf SULLIVAN, der annimmt, daß sie Bilder unseres Selbst, so wie wir sie früh in unserem Leben von anderen vermittelt bekamen, unser aktuelles Selbst-Bild und Selbst-Konzept bestimmen. BERGER meint, daß durch die verzerrten Bilder neben dem klaren Bild auf dem Monitor solche frühen Selbst-Bilder und Introjektionen bewußt werden könnten, die täglich die Selbstbilder und Selbstkonzepte eines Patienten beeinflussen und bestimmen. Durch eine solche schattenähnliche Präsentation von Selbst-Bildern soll der Patient stimuliert werden, die Verbindung zu tieferen inneren Selbst-Erfahrungen herzustellen, die ihn bereits lange bestimmen, jedoch bisher unbewußt blieben.

Die Technik der "multiple image self-confrontation" wird von BERGER ausdrücklich nicht als eigene Therapieform verstanden, sondern als eine Ergänzung der psychoanalytischen Therapie, durch die die Bewußtheit des Selbst erweitert werden kann, die Fähigkeit des beobachtenden Ichs vertieft und das psychische, körperliche und verhaltensmäßige Bild eines Patienten, seine Identität und deren frühen Quellen geklärt werden können.

In einer späteren Arbeit (1977) beschreibt BERGER weitere Beobachtungen zur Wirkung der Selbstkonfrontation. Nach einer siebenjährigen Erfahrung mit dieser Technik ist er der Meinung, daß sich die Selbstwahrnehmungen eines Patienten mit Hilfe der Selbstkonfrontation leichter realitätsangepaßter verändern lassen als nur mit Hilfe von konventionellen psychotherapeutisch-psychoanalytischen Methoden.

BERGER geht weiter davon aus, daß viele Aspekte des Selbst Gegenstand täuschender Interpretation werden. Durch die Vermittlung der äußeren Aspekte des Selbst mittels Selbstkonfrontation würden auch Einsichten in die innere Dynamik des Patienten verstärkt möglich. Die ASK könne dabei zu einer unmittelbaren Bewußtheit führen, Widerstandsmanöver deutlich werden lassen und den psychotherapeutischen Prozeß somit beschleunigen.

Als wichtigste Komponente im Umgang mit der Selbstkonfrontation betrachtet BERGER die adäquate Vorbereitung des Patienten auf diese Erfahrung. Er spricht vor der ersten Konfrontation die Erwartungen und Ängste des Patienten bezüglich dieser Erfahrung an. Ein weiterer wichtiger Punkt ist nach BERGER das Durcharbeiten des Konfrontationserlebnisses im nachhinein. Mit Hilfe von offenen Fragen (wie z.B.: "Was ging in Ihnen vor, während Sie das Playback sahen?") will er den Patienten dazu bringen, sich mit seinen inneren Reaktionen auf das eigene Bild auseinanderzusetzen. Dabei beobachtete er als typische Initialreaktion die Äußerung "I can't believe it", die er als Ausgangspunkt für verhaltensverändernde Einsicht bewertet.

Als therapeutisch wirksame Effekte der Video-Selbstkonfrontation zählt BERGER auf:

1. Die ASK kann das Ausmaß der Einsicht erhöhen, die in der Therapie gewonnen wird.

2. Die ASK kann dem Patienten mehr von der unbekannten Seite seines Selbst widerspiegeln, die ihm selbst oft verschlossen bleibt, auf die jedoch seine Interaktionspartner durchaus reagieren.
3. Die ASK kann dem Patienten helfen, seine selbst-zerstörerischen und unangepaßten Einstellungen, Rollen- und Verhaltensmuster zu modifizieren oder ganz aufzugeben, indem durch das Playback die Quantität und Qualität der Informationen über das eigene Interpersonale und interaktionale Verhalten vergrößert wird.
4. Die ASK kann helfen, das Selbstkonzept und das Selbstbild, so wie sie in der Interaktion mit dem Therapeuten oder anderen Therapiepartnern deutlich werden, zu klären und so dem Patienten eine klare Vorstellung seiner eigenen Identitäts- und Funktionssysteme vermitteln.

Zusammenfassend schätzt BERGER die Video-Selbstkonfrontation, deren Entwicklung er in der Bedeutung für die Psychotherapie mit der des Mikroskops für die Biologie vergleicht, als ein "Milestone in the evolution of psychotherapy" ein (1971, S. 57). Durch sie würde eine neue Tiefe der Selbst-Exploration ermöglicht, die helfe, unsere "intrapsychic and interpersonal frontiers" (1971, S. 57) zu überwinden.

CARRERE (1954; 1955)

Einer der frühesten Erforscher der ASK ist CARRERE, der seine Technik der Selbstkonfrontation bzw. deren Wirkung "Le psychoc choc cinématographique" nennt. Er behandelte mit seiner Technik ausschließlich chronische Alkoholiker. Hierfür filmte er seine Patienten während des alkoholisierten Zustandes und konfrontierte sie dann im nüchternen Zustand mit diesen Aufnahmen.

CARRERE ging davon aus, daß bei diesen Patienten ein hohes Maß an Krankheitsverleugnung besteht, die nach seiner Meinung nur durch eine harte Konfrontation mit Bildern aus dem alkoholisierten Zustand beeinflüßbar seien. Da bei diesen Patienten vor allem eine affektive Indifferenz vorliege, sei ein durch eine solche Konfrontation ausgelöster psychischer Schock ein geeignetes Mittel, um eine anhaltende Verhaltensänderung auszulösen.

Die Möglichkeit von Angstmobilisierung als Reaktion seiner Patienten auf diese Prozedur bezieht CARRERE zwar gedanklich mit ein, sieht sie allerdings nicht als Hinweis auf eine mögliche Kontraindikation bezüglich der Anwendung seiner Technik, sondern wertet sie eher als positives Zeichen für die Veränderung der Indifferenz.

CARRERE wertet seine Technik als eine neue, eigenständige Therapieform in der Behandlung von Alkoholikern und spricht dabei sogar von einer "psychothérapie cinématographique" (1954, S. 242). Bei drei von sieben Fällen, in denen die Entwöhnungskur ausschließlich durch seinen "psychochoc" hervorgerufen wurde, waren die Ergebnisse "im großen und ganzen zufriedenstellend" (1954, S. 50, Übersetzung d.Verf.). Hieraus zieht CARRERE den Schluß, in der Zukunft die medikamentöse Behandlung zugunsten einer Behandlung durch Psychochoc ersetzen zu können.

CORNELISON & TAUSIG (1964), CORNELISON (1963)

CORNELISON und seine Mitarbeiter entwickelten eine Selbstkonfrontationstechnik, die sie "Self-Image-Experience (SIE)" nannten. Diese Technik geht zurück auf erste Versuche der Autoren einer Konfrontation von psychotischen Patienten mit ihrem fotografierten Bild (CORNELISON & ARSENIAN, 1969, s.a. S. 9 f.).

Die Autoren gehen bei der Anwendung ihrer Technik davon aus, daß jeder Patient ein bestimmtes Selbstbild von sich hat, das allerdings nicht sehr realistisch ist und meistens nicht mit dem übereinstimmt, wie er sich den sozialen Partnern seiner Umwelt präsentiert. Durch die SIE, so meinen die Autoren, könne ein Patient erfahren, wie er sich nach außen vermittelt und wie er auf andere Menschen wirkt. Die Technik der SIE könne so zum Verständnis der eigenen Person gegenüber wesentlich beitragen.

Für die SIE wird mit dem Patienten zunächst ein fünf- bis zehnminütiges Standardinterview durchgeführt, das mit Video aufgezeichnet wird. Unmittelbar nach dem Interview wird dem Patienten die Aufzeichnung gezeigt. Anschließend an diese Konfrontation werden dem Patienten eine Reihe von Fragen über das wahrgenommene Selbst-Bild gestellt. Diese Prozedur wird einige Male wiederholt und nach Abschluß einer ganzen Serie wird mit dem Patienten ein psychiatrisches Interview zur diagnostischen Evaluation des Therapieerfolgs durchgeführt, außerdem eine Testbatterie zur Einschätzung des Selbstwertgefühls und ähnlichen Dimensionen angewendet.

Die Wirkungsweise der SIE bleibt bei CORNELISON jedoch weitgehend unreflektiert und kommt nur in sehr allgemeinen Sätzen zum Ausdruck, wie etwa, daß die SIE ein nützlicher Faktor für die Veränderung von Verhalten sein kann, wobei der Autor allerdings andeutet, daß dies noch der genaueren Untersuchung bedarf.

Als besonders geeignete Patientengruppe für die SIE bezeichnet CORNELISON die Gruppe der Alkoholiker (s.a. die Arbeiten von PAREDES & CORNELISON, 1968, s.unten). Er knüpft hier an die Arbeiten von CARRERE an (1954; 1955; s. S. 25 f.). CORNELISON ging technisch ähnlich vor, indem er den Patienten im nüchternen Zustand vor die Videokamera setzte und ihm einen Drink anbot mit der Instruktion, so lange zu trinken, bis er

leicht betrunken sei. Dieser Vorgang wurde aufgezeichnet. Nach der Ausnüchterung wird der Patient mit diesen Aufnahmen konfrontiert.

CORNELISON beobachtete "dramatische und sehr wirkungsvolle Reaktionen", die zu einer schnellen Veränderung der Trinkgewohnheiten führen konnten. Der Autor war zwar selbst vorsichtig in der Prognose, glaubte jedoch, daß die Self-Image-Experience eine sehr potentielle Technik sei, um den Alkoholiker zu erreichen. Er spricht davon, daß die SIE eine hoch motivierende Erfahrung für Alkoholiker zu sein scheint.

PAREDES & CORNELISON (1968)

In dieser Arbeit untersuchten die beiden Autoren die Wirkung der SIE bei der Behandlung von Alkoholikern genauer. Sie gehen davon aus, daß Alkoholiker zur Kaschierung ihrer Probleme die Fähigkeit zur Dissimulation besonders entwickelt haben. Die Selbstkonfrontation sei daher nach Ansicht der Autoren eine potentielle Möglichkeit, dem Alkoholiker dieses Rollenspiel bewußt zu machen.

Die Autoren sind des weiteren der Auffassung, daß das Playback eine einzigartige provokative Situation herstellt, die dem Alkoholiker helfen kann, zu verstehen, in welcher Weise und mit welchen Abwehroperationen er versucht, aus unangenehmen Problembereichen zu entfliehen. Durch Einsicht in diese Verhaltensmuster könnte ihm geholfen werden, nach neuen Strategien zu suchen, um mit seinen Problemen in anderer, adäquater Weise umzugehen.

Die Technik der SIE stellt nach PAREDES & CORNELISON eine sehr bedeutungsvolle Situation her, in der der Alkoholiker dazu kommen kann, sein Bedürfnis nach Hilfe zu erkennen. Der Therapeut, der während der SIE-Sitzungen anwesend ist, soll dem

Patienten helfen, konstruktiven Gebrauch der durch die Aufnahmen vermittelten Informationen zu machen.

Als Reaktionen auf die Selbstkonfrontation beschreiben die Autoren, daß den Patienten Aspekte ihres Verhaltens bewußt wurden, die sie zuvor nicht wahrgenommen hatten. In den meisten Fällen löste die SIE beträchtliche Diskussionen über die Probleme der Patienten aus.

PAREDES & CORNELISONs Prozedur war dieselbe wie bei CORNELISON & TAUSIG bereits beschrieben. Mit dem sog. "alcohol interview" wurden die Patienten zweimal wöchentlich bis zu zwölfmal konfrontiert. Im Anschluß an die Selbstkonfrontation erfolgte jeweils ein Gespräch zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten. Dabei wurde der Klient ermutigt, die Aufnahme zu kommentieren und die Themen anzusprechen, bei denen er das Gefühl hatte, daß sie für ihn ein Problem sind.

Als generelles kritisches Problem bei der Behandlung von Alkoholikern erscheint den Autoren die Herstellung einer guten, tragfähigen therapeutischen Beziehung. Die SIE-Technik kann nach ihren Beobachtungen dazu beitragen, die therapeutische Beziehung besser herzustellen. Der Grad an Kooperation war nach Berichten der Autoren erstaunlich hoch bei der Anwendung der SIE.

PAREDES & CORNELISON konnten zwar aus ihren Beobachtungen keine spezifischen therapeutischen Effekte der SIE-Technik ableiten, meinen aber, daß sie den Patienten helfen kann, die "self-deceiving mechanisms" besser zu verstehen, die sie zur Verschleierung ihrer Konflikte einsetzen. Ein besseres Verständnis von sich selbst kann aber helfen, Wege zu finden, um mit Konflikten anders umzugehen, als zum Alkohol zu greifen. Diesen Prozeß kann die Anwendung der SIE unterstützen.

PAREDES et al. (1969)

PAREDES und Mitarbeiter wandten die Self-Image-Experience auch bei der Behandlung von psychotischen Patienten an. Die theoretischen Überlegungen gingen hier davon aus, daß psychiatrische Patienten ihren Sozialpartnern oft "socially disruptive messages" (S. 288) in ihrem expressiven Verhalten übermitteln, d.h., daß sie etwa durch Grimassen, stereotype Bewegungen, impulsives Lachen, Manierismen usw., aber auch durch bestimmte Merkmale im verbalen Verhalten wie Intonation, Modulation etc. eine echte Kommunikation mit ihrer sozialen Umwelt oft unmöglich machen und damit eine "unfavorable social environment" (S. 288) herstellen.

Die SIE-Technik soll diesen Patienten die Möglichkeit eröffnen, objektive Informationen über ihre Kommunikationsmuster vermittelt zu bekommen. Dabei nimmt PAREDES an, daß die Konfrontation der Patienten mit den negativen, inkongruenten oder konfusen Aspekten ihres kommunikativen Verhaltens die Patienten dazu bringen könnte, diese Muster zu ändern.

PAREDES machte die Beobachtung, daß sich die Patienten durch die Selbstkonfrontation zunächst ihrer starken negativen Gefühle sich selbst gegenüber bewußter wurden. Ihr Mangel an Selbst-Akzeptierung bezog sich dabei nicht nur auf die ästhetischen Aspekte ihrer äußeren Erscheinung, sondern auch auf die Art, in der sie ihre Gefühle gegenüber dem Therapeuten ausdrücken.

Nach einigen SIE-Sitzungen konnten diese Patienten sich selbst realistischer einschätzen und akzeptieren. Mit fortschreitenden Konfrontationssitzungen schienen die Patienten nach der Beobachtung von PAREDES die Beziehung zum Therapeuten schneller als üblich herstellen zu können.

Die Autoren konnten somit vor allem eine Wirkung der SIE auf die Herstellung einer größeren Realitätsbezogenheit des Verhaltens ihrer psychotischen Patienten feststellen.

GOTTHEIL et al. (1969)

GOTTHEIL gehört ebenfalls zur Gruppe um CORNELISON und PAREDES, die die zuvor beschriebene "Self-Image-Experience" entwickelte. GOTTHEIL beschäftigte sich vor allem mit der Indikation der SIE bei Fällen von Anorexia nervosa. Ausgehend von der Vermutung, daß die Selbst-Bild-Konfrontation ein besonders nützliches therapeutisches Instrument sei, um Verleugnungsmechanismen zu bekämpfen, vermutet der Autor, daß die SIE besonders effektiv unter Bedingungen einer Anorexia nervosa sein könnte, wo außerdem zusätzlich Störungen im Körper-Konzept vorliegen, die durch die SIE besonders evident würden.

GOTTHEIL et al. trennten die SIE-Sitzungen von den psychotherapeutischen Sitzungen ab. Während der Konfrontation wurde der Patient mit gezielten Fragen auf die Mitteilung seiner Gefühle und Gedanken während dem Playback gelenkt. Während die therapeutischen Sitzungen einmal wöchentlich erfolgten, wurden die Konfrontationssitzungen zweimal wöchentlich durchgeführt. In den SIE-Sitzungen wurden sowohl aktuelle als auch frühere Sitzungen im Playback gezeigt.

In einer Fallstudie berichten GOTTHEIL et al. über die Entwicklung von Veränderungen des Selbstbildes einer Patientin während insgesamt 54 SIE-Sitzungen. Zunächst verleugnete die Patientin trotz der Evidenz durch die aufgezeichneten Bilder ihren körperlichen Zustand. Später ging ihre Selbstzufriedenheit über Phasen von Desinteresse und Langeweile allmählich in eine kritische Ablehnung ihres Körperbildes über. Während

der weiteren Konfrontationssitzungen wurde die Patientin fähig, sich selbst objektiver wahrzunehmen und sowohl die positiven als auch die negativen Aspekte ihrer Erscheinung zu sehen. Gegen Ende ihrer Hospitalisierung war die Patientin doppelt schockiert, als sie frühere Aufnahmen von sich sah und feststellte, wie mager sie war und wie wenig sie das berührt hatte. Ihr Körperbild hatte sich verändert.

Diese Veränderungen des Selbst-Bildes, die nur langsam und gegen einen starken Widerstand aufgrund der fortgesetzten Selbstbild-Konfrontationen erfolgten, diskutieren GOTTHEIL et al. im Rahmen einer Theorie der Selbst-Konsistenz, wie sie von LECKY entwickelt wurde. Dort wird Persönlichkeit definiert als eine Organisation von Selbstbildern, Ideen und Werten, die miteinander konsistent sind, wobei das Verhalten darauf abzielt, diese Konsistenz und Einheit der Organisation aufrechtzuerhalten.

Ein magersüchtiger Patient, der mit seinem Körperbild konfrontiert wird, muß feststellen, daß seine Selbstwahrnehmung nicht mit dem objektiven Körperbild übereinstimmt. Um aber seine konsistente Organisation aufrechtzuerhalten, hat er drei Möglichkeiten zur Reaktion: das Video-Bild zu verleugnen oder sein Selbst-Bild zu verändern, andernfalls würde er in einen Zustand der Desorganisation geraten.

Im oben beschriebenen Fall führte die Konfrontation zu einer Aufgabe der Verleugnung. GOTTHEIL et al. weisen jedoch darauf hin, daß noch viele ähnliche Fälle untersucht werden müssen, um abzusichern, ob Selbst-Konfrontations-Techniken tatsächlich effektiv sind, um Verleugnung abzubauen und ein realitätsangepaßtes Körperbild zu fördern.

FEINSTEIN & TAMERIN (1972)

Anhand einer Einzelfallstudie beschreiben die Autoren die Wirkung von Videofeedback in Kombination mit induzierter Intoxikation bei der Behandlung von Alkoholikern.

Die Ausgangsüberlegungen für dieses Vorgehen war, daß bei Alkoholikern eine frappierende Diskrepanz zu beobachten ist zwischen dem Verhalten im nüchternen und im alkoholisierten Zustand. Die Verhaltensweisen und Gefühle im intoxiierten Zustand unterliegen jedoch einer Amnesie, die den Patienten davor bewahrt, mit diesen Aspekten seines Selbst konfrontiert zu werden.

Die als Fall dargestellte Behandlung erfolgte bei einem Patienten, bei dem die traditionelle Einzeltherapie keinen Erfolg zeitigte und bei dem massive Verleugnungsmechanismen vorlagen. Ziel der so kombinierten Therapie war erstens, dynamisch relevantes Material durch die Alkoholisierung auszulösen, und zweitens, die charakteristische Amnesie für dieses affektiv beladene Material zu überwinden, indem es auf Video aufgezeichnet wurde und dem Patienten im nüchternen Zustand gezeigt wurde.

Während der Intoxikationssitzungen lockerte sich zunächst die rigide Kontrolle des Patienten und er zeigte eine große Variationsbreite von Emotionen, schien außerdem auch Situationen aus der Vergangenheit und Kindheit partiell nachzuerleben. Dabei erfolgte mit progressiver Intoxikation eine parallel fortschreitende Regression des Patienten.

Das Videofeedback im nüchternen Zustand befähigte den Patienten nach den Beobachtungen der Autoren, sich mit den vollständig unterdrückten und verdrängten Aspekten seiner Persönlichkeit auseinanderzusetzen, die sich nur im alkoholisierten Zustand manifestierten. Einmal damit konfrontiert, war der

Patient in der Lage, sich mit diesen Gefühlen auseinanderzusetzen und sie auch als Teil seiner Persönlichkeit anzunehmen und zu integrieren, auch wenn er sie zunächst als ich-fremd erlebte.

Durch die Konfrontationssitzungen lernte der Patient allmählich, mit diesen Aspekten umzugehen, sie im nüchternen Zustand in seine Diskussion einzubeziehen, anstatt sie zu verleugnen oder zu verdrängen.

Der Patient dieser Fallstudie wurde relativ früh, bereits nach fünf Wochen, auf sein Drängen hin aus der Klinik entlassen und wurde dann rückfällig, was die Autoren vor allem auf die Zeitbeschränkung der Therapie zurückführten.

GEERTSMA (1969); GEERTSMA & REIVICH (1965; 1969);
REIVICH & GEERTSMA (1968)

GEERTSMA und Mitarbeiter bezeichneten ihre Selbstkonfrontations-Technik mit dem Terminus "Externally mediated Self-Cognition" und begreifen sie als Teil eines Prozesses der Selbst-Erkenntnis, der im Rahmen einer Psychotherapie abläuft. Dabei definierten sie "self-cognition" als einen fortlaufenden Prozeß, der verbunden ist mit kognitiver Balance, Lernen und Selbst-Erkenntnis:

"...video provides for greater depth of observation, perception and cognition, which are inter-related processes basic to psychotherapeutic progress..." (GEERTSMA & REIVICH, 1969, S. 196).

GEERTSMA und Mitarbeiter geben in ihren Artikeln wichtige Hinweise darauf, welche Effekte Video auf Patienten haben kann, und gehen besonders auf die Rolle des Therapeuten bei der Anwendung der Selbstkonfrontation ein.

Sie beobachteten, daß die erste Selbstkonfrontation für die Patienten zunächst angst-induzierend ist. Diese Ängstlichkeit bleibe hoch, wenn dem Patienten nicht die Möglichkeit gegeben würde, seine Gefühle und Befürchtungen bezüglich der Konfrontation auszudrücken. Die Angst wird nach Ansicht der Autoren dadurch verursacht, daß der Patient durch die Video-Konfrontation ausgedehnte neue Informationen über unbekannte Seiten von sich selbst erhält. Es bestände daher eine besondere Notwendigkeit, den Patienten hier emotional zu unterstützen, zu ermutigen und ihm bei der emotionalen Verarbeitung dieses Erlebnisses zu helfen.

Die Autoren beschreiben, daß sich die Patienten zunächst mit ihrer körperlichen Erscheinung beschäftigen und hier eine Identifikation erlangen müssen, um sich ihrem Verhalten als Repräsentation ihrer Gefühle zuwenden zu können. Im Verlauf dieses Prozesses kommen die Patienten zu einer objektiveren und realitätsangepaßteren Selbst-Einschätzung. Wenn sich die Patienten an ihr Selbstbild auf dem Bildschirm gewöhnt haben, können sie in ihren Kommentaren zu einer kritischeren Selbstbewertung kommen und damit zu einer größeren Selbst-Objektivität. Mit diesen Gewinnen ist nach Ansicht der Autoren ein Nachlassen der Verleugnung verbunden.

Sobald der Patient diese Veränderungen erlebt, verändert sich auch die Rolle des Therapeuten. Die verstärkte Anwendung der Selbst-Konfrontation erfordert parallel eine verstärkte Unterstützung durch den Therapeuten. Aber auch wenn er sich supportiv zum Patienten verhält, sollte er immer auf der Suche nach Vermeidungs- und Verleugnungsverhalten des Patienten während der Konfrontation sein.

Der Therapeut arbeitet so als ein Motivator, indem er dem Patienten hilft, seinen Widerstand gegen die Selbstkonfrontation zu überwinden.

Die Beziehung zwischen Patient und Therapeut wird von GEERTSMA und Mitarbeitern bei der Anwendung von Konfrontationstechniken als von entscheidender Wichtigkeit eingeschätzt.

HOLZMAN (1969)

HOLZMAN entwickelte ein 5-Phasen-Modell der Reaktionen auf die Audiovisuelle Selbstkonfrontation. Die Beobachtungen wurden zwar bei normalen Versuchspersonen gemacht, haben jedoch einige Relevanz auch für den Ablauf innerhalb psychotherapeutischer Sitzungen.

Der Autor nahm Interviewsituationen mit seinen Probanden auf und konfrontierte sie anschließend mit den Aufnahmen. Dabei konnte er den folgenden Entwicklungsprozeß in den Reaktionen seiner Probanden feststellen:

Phase 1: Es wird eine Diskrepanz bemerkt zwischen dem, was der Proband auf dem Bildschirm wahrnimmt und seiner Erwartung, was er sehen und hören würde.

Phase 2: Es erfolgt eine - meist verbale - affektive Reaktion auf diese Diskrepanz.

Phase 3: Es entwickelt sich eine Identifikation mit bestimmten Verhaltensweisen auf dem Bildschirm.

Phase 4: Es erfolgt die Artikulation des eigenen Eindrucks vom wahrgenommenen Verhalten.

Phase 5: Es entsteht eine zunehmende Akzeptierung des eigenen Verhaltens.

Aus diesen Ergebnissen schloß HOLZMAN, daß die Selbstkonfrontation eine nützliche Technik im Rahmen psychotherapeutischer Interventionen sein könnte, daß jedoch eine genauere Erforschung der Wirkung und Effektivität dieser Methode vorgenommen werden muß, um sie adäquat in den Therapieprozeß integrieren zu können.

KAGAN et al. (1963 a, b; 1965; 1967); KAGAN & SCHAUBLE (1969);
KAGAN (1973)

In dem bisher umfangreichsten Forschungsprojekt von 11 Jahren entwickelte KAGAN und seine Mitarbeiter ab 1963 eine Selbstkonfrontations-Methode, die sie "Interpersonal Process Recall - IPR" nannten. Diese Technik wurde zunächst für die Effektivierung der Therapeuten-Ausbildung konzipiert. Erste Beobachtungen zeigten, daß die Selbstkonfrontation mittels Video die Therapeuten befähigen konnte, sich selbst besser zu verstehen, ihre Wirkung auf andere zu erkennen und auch die Wirkung anderer auf sich selbst mehr zu realisieren. Es zeigte sich eine Beschleunigung in der Bewußtwerdung von Gefühlen, einer vertieften Selbst-Analyse und -kritik.

"Truly the person is the best authority on her/his dynamics and the best interpreter of her/his own experience" (1973, S. 34).

Aufgrund dieser Beobachtungen konnte angenommen werden, daß die IPR ein ähnliches Potential zur Beschleunigung des psychotherapeutischen Prozesses besitzen könnte. Daher unternahmen KAGAN et al. eine Serie von Studien, in denen sie dieses Potential der IPR-Technik als psychotherapeutische Interventionsmethode entwickelten.

In der endgültigen Technik wird die IPR wie folgt angewandt. Die IPR-Sitzung wird von einem speziell hierfür ausgebildeten sog. "Interrogator" (oder auch "Recall Worker") mit dem Patienten durchgeführt. Zunächst erfolgt aber das therapeutische Gespräch zwischen Klient und Therapeut, das auf Video aufgezeichnet wird und außerdem vom Interrogator durch eine Einwegscheibe beobachtet wird. Nach diesem Gespräch verläßt der Therapeut den Raum und der "Recall Worker" übernimmt seinen Platz. Es folgt die sog. "Recall-Sitzung", in der sich Klient und Interrogator zusammen die aufgezeichnete Sitzung anschauen, wobei beide die Möglichkeit haben, das Band an jeder beliebigen

gen Stelle zu stoppen. Aufgabe des Interrogators ist nun, den Klienten zu einer Selbst-Analyse seiner Gedanken, Gefühle, Vorstellungen, Phantasien, Erwartungen und Interaktionsmuster dem Therapeuten gegenüber während der Original-Sitzung zu bringen.

Der theoretische Hintergrund, warum in den Konfrontations-sitzungen ein anderer Berater als Interrogator fungiert, ist die Beobachtung, daß erstens die meisten Therapeuten in den Recall-Sitzungen genau dieselben Themenkreise vermeiden wie während der therapeutischen Sitzungen, und daß zweitens auch die Klienten oft Schwierigkeiten haben, bestimmte Gefühle, die sie während der Sitzung dem Therapeuten gegenüber hatten, diesem direkt mitzuteilen.

Die Rolle des Interrogators besteht somit darin, dem Klienten zu vermitteln, wie er sich selbst befragen kann und wie er Einsichten durch die Selbst-Konfrontation erlangen kann. Es wird hierbei darauf geachtet, daß nur die Beziehung auf dem Videoband untersucht wird und nicht Gedanken und Gefühle zum Leben des Klienten allgemein oder die gesamte Dynamik des Klienten. Dies ist nur den therapeutischen Sitzungen vorbehalten.

Funktion des Interrogators ist es, im Klienten eine intensive Bewußtwerdung seines aktuellen Verhaltens und seiner Gefühle während der therapeutischen Sitzung zu erzeugen. Im Gegensatz hierzu ist die Funktion des Therapeuten, diesen Bewußtwerdungsprozeß zu nutzen, um dem Patienten zu helfen, neue Arten von Beziehungen zum Therapeuten und damit auch stellvertretend zu anderen Personen seiner Umwelt entwickeln zu können, und so die Entwicklung in seiner gesamten Lebenssituation zu fördern.

Die IPR-Sitzungen konzentrieren sich auf folgende Bereiche:

1. Die Gefühle des Klienten. Ihr Ursprung und die Entwicklung innerhalb des therapeutischen Gesprächs wird untersucht.

2. Die Gedanken des Klienten. Ihr Ursprung und ihre Entwicklung innerhalb des therapeutischen Gesprächs wird untersucht.
3. Das Selbstbild des Klienten. Der Klient analysiert, was er an sich selbst mag, nicht mag und fürchtet.
4. Wünsche des Klienten, wie er vom Therapeuten gern gesehen werden möchte.
5. Erwartungen und Befürchtungen des Klienten, wie der Therapeut ihn tatsächlich sieht.

Auf diese Weise wird der Klient sich nach und nach seiner Gefühle und Verhaltensweisen gegenüber dem Therapeuten bewußt und kann Verhaltensalternativen erarbeiten.

Eine Untersuchung darüber, wie die IPR-Technik den Therapiefortschritt beeinflußt, zeigte, daß vor allem vier spezifische Verhaltensänderungen erfolgten:

1. Der Klient läßt sein Unbehagen zu

Klienten kommen mit sehr unterschiedlicher Bereitschaft zur Therapie. Manche sind sich ihres unangepaßten Verhaltens sehr wohl bewußt, andere haben jedoch nur schwache Gefühle von Unbehagen. Veränderungen können nach KAGAN et al. aber nur dann stattfinden, wenn der Klient Gefühle des Unbehagens zulassen kann und beginnt, die Art seiner Belange, Ängste und seines Unbehagens zu spezifizieren.

Die IPR ermöglicht es dem Patienten, seine eigene Befangenheit, Unsicherheit oder Angst in Interpersonalen Beziehungen wahrzunehmen und zu sehen, in welcher Weise er diese Erlebnisweise selbst aufrechterhält und fortsetzt. Der Klient erkennt durch die IPR nach der Ansicht von KAGAN et al. "the interpersonal trauma he creates and then lives within" (1969, S. 370).

2. Der Klient wird offen für Veränderung

Grundlegend für jeden Fortschritt in der Therapie ist die Motivation des Klienten zur Veränderung. Eine solche Motivation setzt nach KAGAN et al. jedoch eine Verringerung des Widerstandes bezüglich der Behandlung voraus und eine Bereitschaft zur Kooperation mit dem Therapeuten.

Die IPR-Technik hat sich hier als sehr wirksame Methode erwiesen, um diese Faktoren zu beeinflussen. Da die Beziehung zum Therapeuten selbst Gegenstand der IPR-Sitzungen ist, ist es nicht weiter erstaunlich, daß die Klienten sich dabei bewußt werden, in welcher Weise sie sich den Anstrengungen des Therapeuten widersetzen. Wenn dies dem Klienten evident wird, hat er leichter die Möglichkeit, zu einem angepaßten Verhalten zu kommen. Größere Kooperationsbereitschaft mit dem Therapeuten ist nach KAGANs Beobachtung eine der offensichtlichsten Veränderungen, die mit der Anwendung der IPR verbunden ist.

3. Der Klient differenziert zwischen Stimuli

Klienten, die sich im Therapieprozeß verändern können, lernen gewöhnlich immer mehr, die Auslösereize für ihr Verhalten differenzierter wahrzunehmen und so ihr Verhalten als Reaktion zu begreifen. Sie lernen somit, genauer zwischen Gefühlen zu differenzieren und auch die Emotionen anderer und deren Reaktionen genauer wahrzunehmen. Durch die IPR wird dieser Prozeß stark unterstützt, denn die Gefühle, Gedanken und Reaktionen des Klienten im Interaktionsprozeß mit dem Therapeuten werden in der IPR-Sitzung genau untersucht und auf ihren Ursprung (stimulus) zurückgeführt.

4. Der Klient kann sich anders verhalten

Wenn ein Klient Fortschritte in der Therapie zeigt, führt diese kognitive Erkenntnis über seine Problembereiche (= Einsicht)

zu neuen, angepaßteren Verhaltensweisen. Die IPR-Technik erlaubt es dem Patienten, sich selbst als Subjekt und Objekt zu sehen und so sein Verhalten wahrzunehmen, wie andere es sehen. Mit fortschreitendem Therapieerfolg wird der Klient fähig, sein Verhalten sowohl in der Wirkung auf ihn als auch auf den Therapeuten zu bewerten, und es auf seine Verhaltensweisen bezüglich anderer Personen zu übertragen.

Die therapeutische Beziehung wird so zum Laboratorium, in dem der Klient mit neuen Verhaltensweisen experimentieren kann, die Konsequenzen solcher Verhaltensweisen erkennen und so allmählich mehr Verantwortung sowohl für sein Verhalten als auch für dessen Konsequenzen übernehmen kann.

Anhand dieser Lernschritte kann er sukzessiv sein Verhalten ändern.

Abschließend kann man über die IPR-Technik sagen, daß sie die bisher am genauesten entwickelte Konfrontationstechnik mit den umfangreichsten Validierungsarbeiten und einer reflektierten Theorie-Entwicklung ist. Eine detaillierte Beschreibung dieser Technik findet sich in einem dreibändigen Abschlußbericht (KAGAN et al. 1967).

KAGAN und seine Mitarbeiter kommen anhand ihrer Erfahrungen und Untersuchungen zur IPR zu dem Schluß, daß "the IPR process accelerates the rate of a client's movement in counseling and psychotherapy, often dramatically" (1968, S. 369).

RESNIKOFF et al. (1970)

Anhand einer Fallstudie demonstriert RESNIKOFF den Einfluß der von KAGAN et al. entwickelten Interpersonal Recall Methode auf die Beschleunigung des Klienten-Prozesses während einer intensiven Psychotherapie. (Die Untersuchungen KAGANs bezogen sich

vor allem auf die Anwendung der IPR innerhalb von Kurztherapie.)

Die genaue Analyse dieses Falles hatte bezüglich der Wirkung der IPR das wichtige Ergebnis, daß auch bei Bestehen einer guten therapeutischen Beziehung, durch die extensive Verhaltensänderungen ausgelöst wurden, der Therapiefortschritt durch die IPR noch beschleunigt werden kann.

Dieses Ergebnis bedeutet eine weitere Ergänzung der Beobachtungen von KAGAN et al. (s.o.).

RESNIK, DAVISON et al. (1973)

Die Autoren entwickelten einen spezifischen Konfrontations-Ansatz für die Behandlung von Patienten nach einem Selbstmordversuch. Die verwendete Methode nennen sie "Self-Exposure Experience - SEE".

Für diesen Zweck werden während der Einlieferung des Patienten nach seinem Suizidversuch Videoaufzeichnungen von seinem Zustand (Gestik, Mimik etc.), von den lebensrettenden Maßnahmen und von den Reaktionen der begleitenden Familienmitgliedern gemacht. Sobald der Patient gesundheitlich wieder hergestellt ist, beginnt seine psychotherapeutische Versorgung. Er nimmt an einzel- und gruppentherapeutischen Sitzungen teil, in denen er seine Situation besprechen kann. Jeweils nach zwei Sitzungen wird er mit den Videoaufnahmen von seiner Einlieferung konfrontiert.

Der psychodynamische Hintergrund für dieses Vorgehen ist die Beobachtung, daß solche Patienten ihre Tat häufig rationalisieren und ihre selbstzerstörerischen Gefühle verleugnen. Ziel der Selbstkonfrontation ist daher, die Verleugnungen des Patienten aufzubrechen und ihm die Folgen seiner Selbstzerstörung zu demonstrieren, um bei ihm den Ausdruck von Gefühlen bezüglich seiner Suizidtendenzen auszulösen. Die SEE-Sitzungen

erfolgen daher so lange, bis dieses Ziel erreicht ist und der Patient in der Lage ist, aktiv an einer psychotherapeutischen Behandlung seines psychischen Zustandes teilzunehmen.

Die SEE wird somit vor allem als Mittel eingesetzt, um die Bereitschaft für ein psychotherapeutisches Arbeitsbündnis zu fördern.

Die Autoren beobachteten, daß das aufgezeichnete Material den Patienten half, sich für die Psychotherapie zu öffnen. Im Verlauf der Sitzungen konnten dabei die Patienten die Rationalisierungen und Intellektualisierungen ihres Verhaltens abbauen und ihre selbst-destruktiven Impulse in kausalen Zusammenhang mit signifikanten Erfahrungen ihres Lebens in Verbindung bringen. Die Patienten konnten nun ihre eigentliche Verzweiflung und ihre tiefen Gefühle von Einsamkeit, die dem Suizidversuch vorausgingen, zulassen und so die eigentliche Motivation ihres Verhaltens besser verstehen und zu verändern beginnen.

VERWOERDT et al. (1965; 1967; 1968)

VERWOERDT und Mitarbeiter wandten die Selbstkonfrontation mittels Video bei der Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Herz-/Kreislaufstörungen an. Sie gingen dabei davon aus, daß es therapeutisch nützlich ist, den Patienten zum Ausdruck seiner Gefühle zu motivieren und ihm damit seine psychischen Probleme bewußter zu machen, um die psychosomatische Störung als Folge und Symptom einer rigiden Abwehr, Verleugnung und Verdrängung psychischer Probleme auflösen zu können.

Die Autoren machten die Beobachtung, daß es dem Patienten durch die Anwendung des audiovisuellen Feedbacks erschwert würde, seine Abwehroperationen aufrechtzuerhalten.

Die Anwendung der Selbstkonfrontation hat nach Aussage von VERWOERDT außerdem eine wichtige unterstützende Funktion für die Selbstbeobachtungsfähigkeiten des Ichs. Denn "taking a look at oneself" (1965, S. 2) oder "to take distance from oneself so as to be objective about one-self" (1965, S. 2) ist nach VERWOERDT "a necessary element of any psychotherapy that aims at insight" (1965, S. 2). Die Audiovisuelle Selbstkonfrontation wirkt sich so unterstützend für dieses psychotherapeutische Prinzip aus.

VERWOERDT et al. untersuchten die Pulsrate der Patienten während der Selbstkonfrontation und stellten fest, daß die Pulsrate generell während des Playbacks niedriger war als während des Interviews, daß aber während des Playbacks größere Schwankungen, z.T. mit höheren Werten als im Interview vorlagen, wo die Pulsrate im Verlauf des Interviews konstant abnahm. Es wurde beobachtet, daß an Stellen mit besonderer emotionaler Bedeutung im Playback die Pulsrate teilweise über der des Interviews lag. Diese Stellen wurden anschließend besonders genau analysiert und in ihrer Bedeutung untersucht.

VERWOERDT et al. schlossen somit auch psychophysiologische Korrelate der Selbstkonfrontation in ihre Beobachtungen ein, anhand derer sie zusätzliche Informationen über die emotionale Bedeutung der Konfrontationssequenzen erhielten.

In einer späteren Mitteilung über die Anwendung der Selbstkonfrontation als psychotherapeutische Technik fassen die Autoren ihre Erfahrungen mit der Kurzformel zusammen: "Therapists find pictures are faster than words" (1967, S. 24).

WILMER (1966; 1967 a, b, c, d; 1968 a, b, c, d; 1969)

WILMER prägte den Begriff von der "electronic couch" (1967) und verglich auf diese Weise die Wirkung der Audiovisuellen Selbstkonfrontation mit der der psychoanalytischen Behandlung. Er beschäftigte sich vor allem mit der Anwendung dieser Technik bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Drogenabhängigkeit.

Der theoretische Hintergrund seines Behandlungsprogrammes ist, diesen Patienten zu einer Selbst-Bewußtheit zu verhelfen, indem er sie via Videoaufnahme sich selbst beobachten läßt. WILMER nennt diese Erfahrung, die durch die Konfrontation mit dem eigenen Bild auf dem Monitor ausgelöst wird, "self awakedness" (1968 a, S. 21), was von ihm näher beschrieben wird als ein plötzliches Sichzuwenden zum eigenen Selbst. Er erhofft sich davon, daß die Patienten dadurch zu einer inneren Stärke kommen können, die ihnen hilft, ihre Schwierigkeiten zu überwinden und so von ihren selbst-zerstörerischen Verhaltensweisen wegzukommen.

Was WILMER ein Behandlungsprogramm nennt, ist allerdings eher ein Experimentierfeld für verschiedene Möglichkeiten Audiovisueller Selbstkonfrontation, ohne jedoch die Effekte wirklich zu kontrollieren. Seine Techniken sind vielfältig, aber ohne rechte Systematik und Beziehung zu speziellen Therapiezielen.

Eine Technik besteht z.B. darin, daß er eine kurze Sequenz von ca. 15 Minuten am Beginn einer psychotherapeutischen Sitzung aufnimmt und am Ende dieser insgesamt 60minütigen Sitzung wiedergibt, wobei der Therapeut dieses Playback anschließend ca. 45 Minuten lang mit dem Patienten diskutiert.

Es wird jedoch keine Aussage darüber gemacht, auf welche Weise er dies mit seinen Patienten diskutiert, auf welche Punkte be-

sonders geachtet oder eingegangen wird, welches seine therapeutischen Ziele dabei sind. Kurz: Es fehlt ein theoretisches Konzept der Anwendung dieser Technik.

Ein Hauptbeitrag WILMERs ist die Entwicklung einer speziellen Technik, des sog. "video monologues" (1969). Diese Technik besteht darin, daß er den Patienten für ca. 20 Minuten mit der Videokamera allein im Raum läßt und ihn zu sich selbst bzw. zur Kamera sprechen und agieren läßt. Der Patient schaut diese Aufnahme im Anschluß daran an und entscheidet selbst, welche Sequenzen er für die Diskussion mit dem Therapeuten aussuchen will.

Die Hypothese für dieses Vorgehen ist die Annahme WILMERs, daß einige Patienten freier zur Kamera sprechen würden als zum Therapeuten. WILMER berichtet: "That use of television has been so successful and so stimulating to patients that we have made it part of the routine admission procedure" (1968a, S. 24). Was aber "erfolgreich" in diesem Zusammenhang heißt, bleibt unklar. WILMER beschreibt eher allgemein, die Patienten hätten positiv auf diese Prozedur reagiert, sie hätte ihnen geholfen, über sich selbst zu lernen und eine größere Bewußtheit über sich zu erlangen.

WILMER macht keinen Versuch zu präzisieren, welche therapeutischen Ziele er mit der Anwendung dieser Technik erreichen will, was seine Hypothesen außer der allgemeinen Annahme einer größeren Bewußtheit sind und setzt seine Technik relativ willkürlich bei allen Patienten ein, ohne eventuelle Kontraindikationen wirklich einzubeziehen. Die psychischen Auswirkungen seiner Technik auf die Patienten werden zu wenig untersucht.

3.1.2 Die ASK in der Ehe-therapie

ALGER & HOGAN (1967; 1969)

ALGER & HOGAN, die die Möglichkeit der Videoaufzeichnung in ihrer Signifikanz für die Psychiatrie mit der des Mikroskops für die Biologie vergleichen, gehen bei der Anwendung dieser Technik in der Ehe-therapie von den neueren Ansätzen in der Therapie sozialer Systeme aus, nämlich der Behandlung von Ehepaaren und Familien unter Einbeziehung der Feldtheorie und der Kommunikationstheorie. Hier rücken die Interaktions- und Kommunikationsmuster in den Mittelpunkt der therapeutischen Interventionen. Dabei spielt die anwachsende Bewußtwerdung der multiplen Kommunikationskanäle und -botschaften zwischen den Partnern eine wichtige Rolle.

ALGER & HOGAN sehen in der ASK ein einzigartiges Instrument, um dieser neuen Entwicklung der Psychotherapie von sozialen Systemen wie Paaren oder Familien gerecht zu werden.

Dabei betrachten sie die ASK nicht als eine eigenständige Therapiemethode, sondern als eine Technik, die erst in Verbindung mit einem psychotherapeutischen Vorgehen wertvoll wird und dieses effektiviert.

ALGER & HOGANs Technik besteht darin, die ersten 10 Minuten einer Ehepsychotherapeutischen Sitzung aufzunehmen und anschließend wiederzugeben. Sowohl die Ehepartner als auch der Therapeut kann dabei zu jedem Moment das Playback stoppen, um das Verhalten von einem der Teilnehmer zu kommentieren oder eine bemerkte Diskrepanz zwischen den auf dem Bildschirm sich manifestierenden Gefühlen und den tatsächlich erlebten subjektiven Gefühlen aufzugreifen.

ALGER & HOGAN konnten drei Arten von Reaktionen bei den Ehepartnern beobachten:

1. Unmittelbare Reaktionen ("immediate reactions", 1967, S. 1426)

Die erste Reaktion der Klienten auf das Playback nennen die Autoren "image impact" (1967, S. 1426). Diese Wirkung des Bildes auf die Patienten ist ein wichtiger Indikator dafür, wie nützlich die Konfrontationstechnik für den Patienten sein kann. Klienten, die ausgeprägte Reaktionen positiver oder negativer Art auf ihre erste Konfrontation zeigen, scheinen sich stärker im therapeutischen Prozeß engagieren zu können und signifikantere und schnellere Veränderungen zu durchlaufen. Klienten, die wenig Reaktion auf das "image impact" zeigen, scheinen sich schwieriger in die Therapie einlassen zu können und weit von einer Bewußtheit ihrer Gefühle entfernt zu sein.

2. Nach-Reaktionen ("postsession reactions", 1967, S. 1427)

Ist die initiale Reaktion vorüber, konzentrieren sich die Klienten auf die kommunikativen Aspekte des Playbacks, besonders in Verbindung mit ihrer eigenen Aktivität und der Reaktion des Partners. Diese anwachsende Bewußtheit der Aktivität und der Gefühle beider Ehepartner ermöglicht dem Paar die Erkenntnis, daß viele unterschiedliche und teilweise widersprüchliche Botschaften zwischen ihnen ausgesendet werden. Dieses von den Autoren als wichtig eingeschätzte Konzept von den multiplen Kommunikationskanälen wird durch die Anwendung der ASK wesentlich leichter verständlich als durch irgendeine andere Technik.

Als wichtigstes Potential des Playbacks beschreiben die Autoren den Effekt des "second chance phenomenon" (1967, S. 1427). Sie meinen damit die Erfahrung, daß nicht alle Kommunikationsinhalte auf einmal erfaßt und analysiert werden können. Durch das Video-Playback kann aber eine Szene zwischen den Ehepartnern so oft wiederholt werden, bis die Informationen aller Kommunikationskanäle erfaßt worden sind, was während dem eigentlichen Ablauf der Interaktion nicht möglich ist. So eröffnet die ASK eine zweite Chance zum Verständnis des Geschehens.

Als weiterer therapeutischer Vorteil der ASK beschreiben ALGER & HOGAN die Unterbrechung von sog. "blame patterns" (1967, S. 1427). Sie meinen damit, daß es in therapeutischen Paarsitzungen gewöhnlich zu Serien von gegenseitiger Schuldzuweisung kommt. Die Anwendung der ASK ermöglicht den Partnern, eine objektivere Position zueinander einzunehmen, während sie sich auf dem Bildschirm in Aktion sehen. Wenn sie den Ablauf von Aktion und Reaktion selbst beobachten können, ist die Tendenz zum Verständnis ihrer Interaktion größer und die Tendenz zur Schuldzuweisung wird geringer. Dies schafft eine Atmosphäre von anwachsender Kooperation und Gefühlen persönlicher Beteiligung.

Als weiteren Effekt des Playbacks führen ALGER & HOGAN die Erhöhung von signifikanten Assoziationen aus der Vergangenheit an, denen oft Momente neuer Bewußtheit und Einsicht folgen.

3. Gesamtreaktionen auf die Prozedur ("over-all reactions", 1967, S. 1428)

Hier beschreiben die Autoren die allgemeinen Resultate und die Effektivität der Audiovisuellen Selbstkonfrontation.

An wichtigster Stelle führen sie die Herabsetzung der Abwehr an: Die Klienten können sich leichter ihrer Gefühle und ihres Verhaltens zueinander bewußt werden und auf der Basis dieser neuen Einsicht handeln, da sie das Gefühl haben, aufgrund der eigenen Beobachtung dazu gekommen zu sein und Veränderungen nicht unter der Anleitung einer anderen Person (Ehepartner oder Therapeut) machen zu müssen. Dadurch erfolgt eine wesentliche Lockerung der Abwehr.

Ganz allgemein beobachteten die Autoren, daß durch die ASK ein wachsendes Verständnis der Partner füreinander entsteht, was zu größerer Kooperation und Beteiligung führt, zu einer Verminderung von Spannungen und zu einem Anwachsen von freundschaftlichen Gefühlen.

ALGER & HOGAN untersuchten außerdem die Langzeiteffekte der ASK. Sie nennen hier das "après-vu Phänomen" (1967): Beim Playback können einem Partner Verhaltensweisen des anderen bewußt werden, die er vorher nicht wahrgenommen hat. Er hat im Playback eine Gelegenheit im nachhinein, mit diesem "after-view" (1967, S. 89) auf den Partner im Licht dieser neuen Erkenntnis zu reagieren und auf ihn einzugehen.

Bei der Beurteilung der Langzeiteffekte der Konfrontations-Technik müssen nach ALGER & HOGAN zwei Aspekte eingeschätzt werden:

- Die Effektivität des Playbacks bei wiederholter Anwendung über eine längere Zeitperiode

Dies impliziert eine mögliche Adaption an die Konfrontation, ein Effekt, der z.B. beim Einsatz der ASK im Sport beobachtet wurde, wo mit der Zeit eine langsame Verminderung des Effekts der ASK eintritt und es zu einer Art Gewöhnung an das eigene Bild und damit einer Art Blindheit gegenüber dem eigenen Bild kommt.

Bezüglich des Einsatzes der ASK in der therapeutischen Situation konnten die Autoren jedoch beobachten, daß die Klienten zwar weniger sensibel für ihre aktuelle körperliche Erscheinung wurden, daß aber sogar nach vielen Monaten der Anwendung die Klienten immer noch neue Wirkungen ihres Verhaltens auf sich feststellen konnten. Die Autoren erklären dies damit, daß das Verhalten sich ständig verändert, und zwar in Abhängigkeit zu dem jeweiligen Kontext, in dem sich die Partner befinden und sich der Partner verhält.

Die wiederholte Anwendung der ASK ermöglicht im Gegensatz zur Befürchtung einer Gewöhnung gerade eine Sensibilisierung der Partner für ihre Kommunikationspatterns.

- Der bleibende Effekt der Konfrontation nach längerer Zeitspanne

ALGER & HOGAN konnten beobachten, daß die bleibenden Effekte des Playbacks sehr tiefgreifend sein können, sogar bereits nach einer einzigen Konfrontation. Anhand von Fallbeispielen können ALGER & HOGAN demonstrieren, daß die Langzeiteffekte der ASK-Sitzungen klinisch sehr deutlich und anhaltend sein können und daß sie einen großen Einfluß auf die Adaptation der Klienten über eine Zeitspanne von Monaten und sogar Jahren haben können.

ALGER & HOGAN kommen zusammenfassend zu dem Schluß, daß "the experience of videotape confrontation can help produce insight of a meaningful and lasting nature" (1969, S. 93).

APOSTOLES, ANDERSON & HOYE (1974)

Die Autorinnen beschreiben anhand einer Falldarstellung die therapeutischen Möglichkeiten von "Video-Sessions" im Rahmen der Ehe-therapie. Die Video-Sitzungen wurden einmal wöchentlich für 1 1/2 Stunden durchgeführt, wobei folgende zeitliche Strukturierung vorgenommen wurde:

Während der ersten 30 Minuten erfolgte die reguläre ehetherapeutische Sitzung, die auf Videoband aufgezeichnet wurde. In den nächsten 30 Minuten wurde das Paar mit diesen Aufnahmen konfrontiert, wobei den Partnern jeweils die Instruktion erteilt wurde, sie sollen auf den Kommunikationsprozeß und die Interaktionsmuster zwischen ihnen achten (sog. "focused feedback"). In den nachfolgenden 30 Minuten wurde das Gesehene zusammen mit dem Therapeuten diskutiert und interpretiert.

Die Autorinnen beschreiben, daß durch die Videoaufzeichnungen die Kommunikationsprobleme des Paares frappierend evident wurden. Während des fokussierten Feedbacks lernte das Paar, seine

Kommunikationsprobleme selbst zu identifizieren, was als Ausgangspunkt für eine Verhaltensänderung diene. Besonders die Kommunikationsbotschaften, die inkongruent, unvollständig, mißverständlich, unklar, widersprüchlich oder unangepaßt waren, konnten mit Hilfe des Videofeedbacks deutlich gemacht werden.

Die Autorinnen beschreiben daher zusammenfassend das Videofeedback als "powerful tool in overcoming the couple's communications difficulties" (S. 16).

PAUL (1968)

PAUL entwickelte zusätzlich zur Selbstkonfrontation die Technik der "Cross-Confrontation". Er geht bei der Anwendung beider Techniken von der Beobachtung aus, daß die Ehepartner im therapeutischen Setting Wahrnehmungsblockaden ("perceptual blockings") produzieren, wenn es darum geht, ihre eigenen spezifischen Verhaltensweisen zu erkennen, mit der sie existierende Ehekonflikte erzeugen oder aufrechterhalten: "...manifest variable perceptual blocks in recognizing their own respective roles in generating and maintaining existing family disharmony" (S. 1).

Dieses Problem der Wahrnehmungsblockaden bei der Erkennung wichtiger Gefühle im Zusammenhang mit dem Partner führt nach der Beobachtung PAULs oft zu einer Stagnation in der Therapie. Um für solche Paare das wahrnehmbar zu machen und durchzuarbeiten, was an ihren eigenen unangepaßten Interaktionen beobachtbar ist, entwickelte PAUL die Techniken der Selbst- und Kreuz-Konfrontation.

Die Selbstkonfrontation bezieht sich dabei, wie bei anderen Autoren auch, auf die Konfrontation des Paares mit seinen eigenen Therapiesitzungen. Ziel der Selbstkonfrontation ist

für PAUL "... to enable each person to develop a clearer image of the observable self and a recognition of hitherto hidden painful aspects in the self" (S. 1).

Die Technik der Kreuz-Information konfrontiert das Ehepaar mit dem Playback eines affektiv stark getönten Therapieauschnitts eines anderen Paares mit ähnlichen Konflikten.

PAUL formuliert als Hypothese für dieses Vorgehen, daß die Fähigkeit, für sich selbst mehr Einfühlungsvermögen zu entwickeln, verbessert wird durch die Fähigkeit, sich in ähnliche emotionale Zustände bei anderen Personen einfühlen zu können.

PAUL beschreibt als Reaktion auf die Kreuz-Konfrontation eine ganze Variationsbreite von Reaktionen, angefangen von der Verleugnung der Relevanz solcher emotionaler Erfahrungen bis hin zur Entwicklung der Fähigkeit einer empathischen Identifikation mit dem Erlebnis.

PAUL konnte dabei einen Zusammenhang beobachten zwischen dem Ausmaß an Verleugnung der Betroffenheit und dem Ausmaß an zwanghaften Zügen bei den Patienten. Je rationaler und "over-intellectualized" (S. 18) die Patienten waren, desto eher tendierten sie zur Verleugnung. Dabei schien die Fähigkeit zur Empathie gekoppelt zu sein mit der Fähigkeit zur Assoziation ähnlicher emotionaler Erfahrungen im eigenen Leben.

SILK (1972)

SILK setzte Videokonfrontationen im Rahmen von Ehe-Kurztherapien ein. Er nahm jeweils die gesamte therapeutische Sitzung auf und ließ die Ehepartner in der folgenden Sitzung die jeweils vorangegangene anschauen und kommentierend durcharbeiten.

SILK meint, daß mit der ASK den Ehepartnern ein Mittel in die Hand gegeben werden kann, mit dem sie konkret arbeiten können. Dabei seien die ersten Reaktionen meist selbst-zentriert: Jeder Ehepartner würde zunächst darauf achten, wie er selbst aussieht, spricht, wirkt. Erst danach werde die Aufmerksamkeit auf den anderen Partner und vor allem auf die gemeinsame Interaktion zentriert.

SILK beschreibt den folgenden Unterschied zwischen den verbalen Interventionen und dem durch Video-Konfrontationen unterstützten Vorgehen des Therapeuten: "When the therapist says you do not look at each other when you talk, is the one thing, but with the videotape and the therapist's comments there is an undeniable, objective presentation that helps to overcome the denial and rationalization one generally finds in the therapy..." (S. 419).

SILK unterscheidet bezüglich der Wirkungsmöglichkeiten der ASK zwischen schweren und leichten Ehekonflikten. Bei leichteren Formen seien die Partner durch die Videoaufzeichnung schnell fähig, ihre in der Kommunikation zu beobachtende Beziehungsstörung zu erkennen, die Doppeldeutigkeit ihrer Äußerungen und ihre gegenseitigen, verzerrten Wahrnehmungen voneinander zu sehen und begännen sehr bald, darüber nachzudenken, wie sie selbst das Dilemma aktiv lösen können.

Bei komplexeren Eheproblematiken illustriere das erste Interview zunächst nur die Einstellungen und charakteristischen Verhaltens- und Interaktionsweisen in der Beziehung der Ehepartner. Dabei wird zunächst nur eine nicht zu verleugnende objektive Präsentation dieser Beziehung ermöglicht, die die Voraussetzung dafür schafft, Verleugnungen und Rationalisierungen erlebbar zu machen und erst durch intensive Therapie die Ehepartner befähigt, diese Mechanismen aufzugeben und zu überwinden.

Durch das aufgezeichnete Erstgespräch mit dem Ehepaar wird den Partnern eine objektive Portraitierung ihrer Situation präsentiert, die ihnen helfen kann, ihre subjektiven Eindrücke voneinander und von ihrer Interaktion zu durchbrechen und neue Sichtweisen zu ermöglichen. Es wird z.B. erkennbar, daß jeder der beiden Partner Probleme hat, dem anderen wirklich zuzuhören und unfähig ist, den Standpunkt des anderen überhaupt adäquat zu sehen.

Die Partner können sich durch die Videokonfrontation selbst und gegenseitig intensiver und genauer erfahren. Aufgrund solcher Erfahrungen kann in der Therapie effektiver in Richtung auf die Lösung der emotionalen Probleme zwischen den Partnern hingearbeitet werden.

Nach der Meinung SILKs hat die Technik der Video-Konfrontation in der Ehe-Kurztherapie folgende Vorteile gegenüber traditionellen Ansätzen: Indem das Paar eine objektive Illustration seiner Beziehung erfährt, wird ein Gefühl von Aufrichtigkeit erzeugt, das im intensiven Ehekonflikt oft fehlt. Die Verwendung von Videoaufzeichnungen bedeutet eine Erleichterung des therapeutischen Prozesses insofern, als eine "in-vivo"-Erfahrung reproduziert wird und den Ehepartnern trotzdem die Chance gegeben wird, voll auf den anderen zu reagieren und mit ihm zu interagieren, während aufgezeichnet wird.

"Creating an objective mirror of their interactions..." (S. 42), also die Ermöglichung eines direkten Einblicks in ihre Beziehung wird von SILK als spezifisches Potential der Audiovisuellen Selbstkonfrontation für die Ehepartner hervorgehoben.

3.1.3 Die ASK in der Familientherapie

ALGER (1973b), HOGAN & ALGER (1966)

ALGER geht beim Einsatz von Video-Selbstkonfrontations-Techniken in der Familientherapie von einem kybernetischen Modell der Veränderung aus. Er vertritt die Meinung, daß eine zur Therapie kommende Familie ein Gleichgewicht nur auf Kosten eines Mitglieds erreicht hat. Die Interventionen des Therapeuten müssen daher darauf abzielen, Möglichkeiten zur Veränderung im System Familie bereitzustellen, so daß der identifizierte Patient in diesem System keine notwendige Funktion mehr besitzt. Dieser Effekt wird nach ALGER durch eine Veränderung des Verhaltens-Feedbacks im System Familie erreicht, was nach seiner Ansicht allen therapeutischen Methoden gemeinsam ist.

Die Anwendung des Video-Playbacks in der Familientherapie versteht ALGER als Methode der Einführung von systemspezifischem Feedback während des fortlaufenden Therapieprozesses, so daß unmittelbare Korrekturen und Modifikationen vorgenommen werden können und neue Lösungen für das Familiensystem erreicht werden können.

Das Video-Playback kann positives Feedback einführen, um die Familie zu ermuntern, in derselben Richtung weiterzumachen, oder es kann negatives Feedback einführen, um die Familie zu einer Richtungsänderung aufzufordern, damit wieder Stabilität und Gleichgewicht hergestellt werden kann.

Video-Playback wird von ALGER als "ideally suited to the practice of family therapy" (S. 168) eingeschätzt. Die Betonung liegt dabei auf der Erfassung der Bedeutung von verbalem wie nonverbalem systemspezifischen (= interfamiliärem) Verhalten. Das Video-Playback erlaubt die Sammlung von bisher nicht verfügbaren objektiven Daten über diese Verhaltensweisen inner-

halb der Familie und ein unmittelbares Feedback dieses Materials, so daß es in den fortlaufenden Therapieprozeß integriert werden kann.

ALGER beschreibt folgende Effekte des Video-Playbacks:

- Die Diskrepanzen zwischen verbalen und nonverbalen Kommunikationsbotschaften werden der Familie deutlich. Dadurch können auf Dauer "double binds" verhindert werden.
- Der Beitrag jedes Familienmitglieds zur aktuellen Konfliktsituation kann identifiziert werden.
- Problematische Verhaltensweisen eines Familienmitglieds können besser verstanden werden, wenn sie im Kontext zu den anderen Verhaltensweisen der Familie gesehen werden.
- Durch die Videoaufzeichnung können Bündnispartner innerhalb der Familie leichter identifiziert werden.
- Subjektive Reaktionen der einzelnen Familienmitglieder, die vorher unbewußt abgelaufen sind, können im Playback erkannt werden.
- Weil alle Familienmitglieder dieselbe Möglichkeit haben, die durch die Videoaufzeichnung vermittelten objektiven Daten zu kommentieren oder darauf Bezug zu nehmen, wird eine Art Forschungsansatz unternommen, bei dem alle Beteiligten zu gleichberechtigten Mitarbeitern werden.
- Die Videokonfrontations-Technik ist gerade bei solchen Familien optimal, wo ein Familienmitglied als gestört dargestellt wird, da diese Methode unmittelbar den Brennpunkt vom identifizierten Patienten auf den gesamten interaktionalen Kontext in der Familie verlagert.

Durch das Video-Playback wird nach ALGERs Beobachtungen eine

hohe Sensibilisierung der Familienmitglieder bezüglich des gesamten verbalen und nonverbalen Kommunikationsfeldes zwischen ihnen erreicht. Dies geht einher mit der Förderung von Verständnis dafür, daß die Reaktionen und Positionen innerhalb der Familie nicht nur durch die inneren Vorgänge der einzelnen bestimmt wird, sondern vorwiegend durch die Dynamik zwischen ihnen. Die eindimensionale Auffassung von einem als Patienten deklarierten Familienmitglied kann dann zugunsten des Verstehens mehrdimensionaler innerfamiliärer Zusammenhänge und pathologischer Muster aufgegeben werden.

ALGER zählt einige spezielle Techniken des Playbacks auf, die man je nach Erforderlichkeit anwenden kann:

- Isoliertes Betrachten von Bild oder Ton, um nur einen Kommunikationskanal für sich zu verfolgen und später die verschiedenen Aussagen der beiden Kanäle zu vergleichen.
- Serien-Aufzeichnungen, d.h. Speichern von jeweils kurzen Ausschnitten aus fortlaufenden Sitzungen, um der Familie den kontinuierlichen Veränderungsprozeß zu verdeutlichen, als Motivator für die weitere Therapie.
- Anwendung von Zeitlupe, Zeitraffer oder Standbildwiedergabe zur Verdeutlichung spezifischer Verhaltensweisen.

KASWAN & LOVE (1969); LOVE (1966)

KASWAN & LOVE entwickelten während mehrerer Jahre an der UCLA in Kalifornien einen familientherapeutischen Ansatz, bei dem Video-Konfrontationen als Interventionstechnik eingeführt wurden. Sie definierten hierfür Konfrontation als "reflection of information about the self from outside sources" (S. 225) und betrachten die Videoaufzeichnung als die beste Form objektiver Konfrontation, da sie Informationen über das Selbst vollstän-

diger, direkter und konkreter als jedes andere Medium vermitteln.

Die Videokonfrontation wurde in einem familientherapeutischen Setting als eine von drei Interventionstechniken angewandt, wobei die anderen beiden aus Kinder-Kurztherapie und Elternberatung bestanden.

Die von KASWAN & LOVE beschriebene Konfrontationstechnik verlangt von den Familienmitgliedern "... to observe and evaluate overt, concrete aspects of behavior in interpersonal perceptions" (S. 224).

Es werden jeweils zwei Arten von Videoaufzeichnungen gemacht, mit denen die Familienmitglieder später konfrontiert werden. Zunächst wird die Familie in unterschiedlicher Zusammensetzung im Warteraum aufgenommen, um die mit der Familienkonstellation variiende Interaktion zwischen den Mitgliedern deutlich zu machen. Hierfür werden die Familienmitglieder einzeln ins Sprechzimmer gebeten, während der Rest der Familie im Wartezimmer bleibt und dort aufgenommen wird.

Dann werden Aufzeichnungen von den familientherapeutischen Sitzungen gemacht, während denen die Familienmitglieder aufgefordert werden, in einer Art Encounter-Sitzung ihrer Probleme miteinander zu diskutieren.

Die Familie wird in einer späteren Sitzung mit solchen Ausschnitten der Aufzeichnungen konfrontiert, die für die familiäre Interaktion repräsentativ erscheinen. Dabei wird jedes Mitglied instruiert, es solle sich vorstellen, die Personen auf dem Bildschirm seien Fremde, die es beobachten und einschätzen soll. Anschließend wurden die Familienmitglieder aufgefordert, das zu diskutieren, was sie im Playback gesehen haben. Hierfür werden drei Phasen der Diskussion vorgegeben:

- Jedes Familienmitglied soll nur das diskutieren, was es auf dem Bildschirm über sich selbst gesehen hat.
- Jedes Familienmitglied soll nur das diskutieren, was es über die anderen Familienmitglieder auf dem Bildschirm gesehen hat.
- Jedes Familienmitglied soll diskutieren, welche Verhaltensweisen es sich im Gegensatz zu den beobachteten Wünschen würde, d.h. Vorschläge für Verhaltensalternativen machen.

Durch die Diskussion Ihrer Beobachtungen sollen die folgenden Therapieziele erreicht werden:

- Die aktive Teilnahme am familiären Interaktionsprozeß und dessen Bewußtwerdung soll gefördert werden.
- Die genaue Beobachtung und Einschätzung des eigenen Beitrags und dem der anderen am pathologischen familiären Interaktionsprozeß soll erlernt werden.
- Die Selbstkonfrontation soll Diskussionen des gegenseitigen Verhaltens in der Familie auslösen und damit zur Analyse und zum Verstehen der familiären Interaktionsprozesse zum Zweck der Auflösung der pathogenen Momente dieser Prozesse führen.

Die theoretische Konzeption von KASWAN & LOVE läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: Sie gehen davon aus, daß gestörtes Verhalten deshalb entsteht, weil Menschen spezifische Dispositionen entwickeln, die Umwelt in bestimmter Weise wahrzunehmen und in bestimmter Weise auf sie zu reagieren. Dabei können aber verzerrte Wahrnehmungen und inadäquate Informationen vom Subjekt oder Objekt zu gestörtem bzw. inadäquatem Verhalten führen. Eine therapeutische Technik zur Behebung dieses inadäquaten Verhaltens muß daher darauf abzielen, diese Verhal-

tensdispositionen realitätsangepaßt zu verändern.

Die konzeptuelle Basis des Ansatzes von KASWAN & LOVE begründet sich auf drei Hauptannahmen:

- Die physikalischen und psychischen Merkmale der aktuellen Umwelt sind wichtige Determinanten des gestörten Verhaltens.
- Wahrnehmungen einschließlich interpersoneller Wahrnehmungen sind im allgemeinen genau, jedoch nur ausschnittsweise Repräsentationen der Umwelt.
- Verhalten kann modifiziert werden, indem man das Ausmaß an Informationen über die Umwelt des Individuums vergrößert.

KASWAN & LOVE gehen dabei von der Überzeugung aus, daß Einstellungs- und damit Verhaltensänderungen zustandekommen, weil neue Informationen über das Wesen von Objekten oder Personen verfügbar wurden, wobei allerdings diese neuen Merkmale nicht indirekt oder verbal vermittelt werden dürfen, sondern direkt erfahrbar sein müssen, sollen sie eine grundlegende und andauernde Verhaltensänderung auslösen.

Verhaltensänderungen können daher besonders günstig als Resultate neuer Informationen innerhalb einer "direct personal experience" (1969, S. 237) im interpersonellen Verhaltensbereich erfolgen.

Ein solcher direkter Interpersoneller Rahmen wird durch das familientherapeutische Setting hergestellt und durch die Video-Konfrontation die Erfahrung neuer Informationen und Aspekte über sich und die anderen Mitglieder der Familie als Basis zur Verhaltensänderung ermöglicht.

PERLMUTTER et al. (1967)

Im Rahmen eines familientherapeutischen Untersuchungsprojektes an der Universität von Wisconsin setzten die Autoren Videoaufzeichnungen als therapeutische Technik bei der Behandlung

solcher Familien ein, wo besonders unkommunikative Strukturen vorherrschten und die verbale Partizipation am therapeutischen Prozeß minimal war. Ziel dieses Vorgehens war, durch die "objectification" (S. 8) des familiären Verhaltens die Interaktionen zwischen den Mitgliedern evident zu machen. Die Wirkung des objektiven Feedbacks sollte dazu dienen, die bisher durch die Familienpathologie blockierte Kommunikation zu öffnen.

Mit "objectification" meinen die Autoren einen Prozeß, der sich auf die Bewußtwerdung des eigenen Verhaltens der Familienmitglieder bezieht, wobei dieser Prozeß aus zwei Elementen besteht:

- Die Interaktionen der Familie, wie sie aufgezeichnet werden;
- die Reaktionen der einzelnen Familienmitglieder auf die Aufzeichnung, wenn sie das Playback sehen.

Den therapeutischen Mechanismus, der in dieser Aufnahme-Playback-Sequenz wirksam wird, nennen die Autoren "self-awareness loop" (S. 9) und meinen damit das Diskrepanzerlebnis zwischen den individuellen Erwartungen der Familienmitglieder bezüglich dessen, was sie im Playback sehen werden und der tatsächlichen Erfahrung im Playback. Die Familienmitglieder werden sich auf diese Weise ihrer verzerrten Wahrnehmung von sich selbst und der eigenen Interaktion bewußt.

Durch den von PERLMUTTER et al. beobachteten Effekt, den er als "intuitive grasp of the verifiability of his behavior" (S. 8) beschreibt, wird eine Situation hergestellt, die schnell zu einer Fokussierung auf Probleme führt, die mit dem pathologischen Familienprozeß verbunden sind, was nach und nach zu einer Auflösung dieser Probleme beiträgt.

Zunächst besteht nach der Beobachtung PERLMUTTERS eine Disso-

nanz zwischen den Erwartungen über das familiäre Geschehen und das eigene Verhalten einerseits und dem tatsächlich beobachteten Verhalten im Playback andererseits. Mit der anwachsenden Fähigkeit zur genauen Beobachtung im wiederholten Playback unternehmen die Familienmitglieder Anstrengungen zur Dissonanzreduktion. Sie lernen, sich bereits während der therapeutischen Sitzung genauer zu beobachten und realitätsangepaßter einzuschätzen. So reduziert sich im Laufe wiederholter Selbstkonfrontationen die Dissonanz zwischen den Vorstellungen über die Realität und der objektiven Realität der familiären Beziehungen. Mit dem psychischen Wachstum im Verlauf der Therapie wird dann anhand der Beobachtungen der Autoren die Veränderung der Wahrnehmung durch eine Veränderung des Verhaltens komplettiert.

3.1.4 Die ASK in der Gruppentherapie

ALGER & HOGAN (1966/67; 1973a)

ALGER & HOGAN gehen bei der Anwendung der Selbstkonfrontation in der Gruppe von der allgemeinen Hypothese aus, daß ein Anwachsen an Bewußtheit und Verständnis der komplexen Kommunikationsabläufe zwischen mehreren Personen das Konfliktpotential zwischen ihnen vermindern wird, außerdem angstreduzierend wirken kann und so zu positiveren Gefühlen und Kooperationsfähigkeit zwischen den Gruppenmitgliedern führen kann.

Wenn aber die Mitglieder einer Gruppe eine größere Bewußtheit sowohl ihren eigenen Gefühlen gegenüber als auch der Wirkung ihres Verhaltens auf andere und gleichzeitig ein größeres Verständnis für die komplexen Bedeutungen verschiedener Kommunikationskanäle zwischen sich und anderen entwickeln, erreichen sie dadurch eine sehr viel stärkere emotionale Teilnahme ("involvement") am Gruppenprozeß.

ALGER & HOGAN machten die Beobachtung, daß die Selbstkonfrontation in der Gruppe diesen Prozeß intensiviere und fördere.

Neben der Entwicklung einer größeren emotionalen Anteilnahme am Gruppenprozeß kann die Selbstkonfrontation nach ALGER & HOGAN die emotionale Einsicht innerhalb der Gruppe fördern.

Wenn es dem Patienten im Hier und Jetzt der Gruppe nicht gelingt, seine Gefühle, Phantasien und Gedanken auszudrücken, erhält er in der Wiederholung des Geschehens durch die Videoaufzeichnung eine erneute Möglichkeit ("second chance"), dies nachzuholen. Er kann sich durch das Playback noch einmal in seinen emotionalen Zustand während der Interaktion versetzen, und oft werden hier die Emotionen viel deutlicher nachvollziehbar und bewußter, da der Patient aus dem defensiv orientierten unmittelbaren Beteiligungszusammenhang teilweise entlassen ist und seine innerpsychische Verfassung genauer beobachten kann als während der direkten Interaktion mit der Gruppe.

Vor allem für die Auflösung von sog. "double-blind-Mustern" (wie bei BATESON et al., 1956 beschrieben) sei die Technik der Video-Konfrontation nach der Ansicht von ALGER & HOGAN äußerst nützlich. Solche Muster entstehen, wenn Botschaften auf verschiedenen kommunikativen Kanälen inkongruent sind, so daß der Empfänger auf zwei sich widersprechende Inhalte reagieren müßte und dadurch eine Konfliktsituation entsteht. Diese Kommunikationsmuster, die häufig Ursachen gestörter Beziehungen sind, werden leichter durch die Kommunikationspartner identifiziert, wenn sie in der Selbstkonfrontation sichtbar werden, da sie im hohen Grad unbewußt sind und erst durch die Analyse aller Kommunikationsinhalte im wiederholten Playback deutlich werden.

Als weiteren wichtigen Faktor führen ALGER & HOGAN die Intensivierung der Kooperationsfähigkeit zwischen den Gruppenmitgliedern durch die Selbstkonfrontation an. "Durch das Wiederansehen von Playback-Szenen aus der Gruppentherapie... entwickelt sich nicht nur ein besseres Wahrnehmungsvermögen für persönliche Reaktionen und Interaktionen, sondern die Aufgabe, bei einer solchen Neubetrachtung zusammenzuarbeiten, steigert die gegenseitige und kooperative Bemühung und liefert so einen zusätzlichen therapeutischen Vektor" (1973, S. 186).

BECK (1972; 1975)

BECK beschreibt in seiner kurzen Übersicht über "Fernsehen (TV-Playback) als technisches Hilfsmittel in der Gruppenpsychotherapie" (1972) die drei theoretischen Prämissen dieser Technik:

- Dem Hier und Jetzt in der Gruppe, d.h. dem aktuellen Verhalten und der Kommunikation in der Gruppe komme ein besonderer Stellenwert für die therapeutische Arbeit zu.
- Einsichten seien nicht nur durch Verbalisierungen, verbale Interventionen und Interpretationen möglich, sondern auch durch non-verbale Beobachtung, wie es bei der Selbstkonfrontation der Fall ist.
- Es ist therapeutisch günstig, eine demokratischere Patient-Therapeuten-Beziehung herzustellen, in der auch der Patient durch sich selbst über sich selbst lernen kann und nicht nur von der vermittelnden Einsicht durch den Therapeuten abhängig ist. Der Patient kann so aktiv an seiner Veränderung beteiligt werden.

Die psychodynamisch-psychotherapeutische Bedeutung der Video-Konfrontation sieht BECK vor allem in ihrer "Ich-Funktionen

stärkenden Wirkung" (1972, S. 187). "Die Selbstkonfrontation am Fernsehen schärft den Blick für das eigene Sozialverhalten, regt die Selbstwahrnehmung und das Erkennen der eigenen Wirkung auf die Umwelt an. Gleichzeitig werden beim Anblick des eigenen Verhaltens und Sprechens Gefühle ausgelöst, ... die zusammen mit der Wahrnehmung 'Insights' oder den Prozeß der Selbsterkenntnis fördern und anregen." (1972, S. 188).

BECK gibt Hinweise auf Indikation und Kontraindikation der Selbstkonfrontation in der Gruppe. Er meint, daß die Selbstkonfrontation sowohl zu Beginn einer Gruppe als auch in Widerstandsphasen anwendbar sei. Am Beginn einer Gruppe habe die Anwendung der Selbstkonfrontationstechnik vor allem motivationsunterstützende Funktion, in Widerstandsphasen werde der Erkenntnisprozeß dadurch beschleunigt, daß die Gruppenmitglieder das gemeinsame Abwehrverhalten im Playback nacherleben und analysieren können und zu einer Auflösung der Widerstandsphasen kommen können.

Bezüglich der relativen Kontraindikation der Selbstkonfrontationstechnik gibt BECK an, daß das Playback besonders belastend für Patienten sein kann, deren Selbstbild vom Fremdbild (d.h. das über den Monitor wahrgenommene Bild) stark abweicht, außerdem bei schwer depressiven Patienten und auch bei hysterischen Patienten, da durch das Playback "hysterische Reaktionsbereitschaften mobilisiert und verstärkt" würden (1972, S. 189).

Eine allgemeine Gefahr sieht BECK darin, daß das Playback, das jedes Gruppenmitglied jederzeit im Verlauf der Therapie verlangen kann, zu Abwehrzwecken eingesetzt werden kann, z.B. um einem unangenehmen Thema auszuweichen. Dies müsse bei der Anwendung dieser Technik in der Gruppe besonders berücksichtigt werden.

BERGER (1968; 1970)

BERGER beschreibt zwei Phasen der Selbstkonfrontations-Wirkung in der Gruppentherapie: Zunächst sei jedes Mitglied vornehmlich mit sich selbst beschäftigt, während später das ausschließliche Interesse für die eigene Person von der Aufmerksamkeit für die pathologischen Interaktionen in der Gesamtgruppe abgelöst würde.

BERGER weist auf die eminente Bedeutung der ersten Playback-Sitzung als "self-image experience" (1968, S. 506) hin, wobei er beschreibt, daß während dieser ersten Sitzung tiefgreifende Selbsterkenntnisse erfolgen, die von lang andauernder Wirkung für das weitere Verhalten sein können.

Die weitere Wirkung der Selbstkonfrontation sei davon insofern unterschieden, als nachfolgende Playbacks zu einer Vertiefung der Bewußtheit der pathologischen Interaktion führen. Wiederholte Selbstkonfrontationen befähigen nach Ansicht BERGERs den Patienten dazu, die eigenen "self-defeating patterns" (1968, S. 508) zu identifizieren, d.h. die eigenen Abwehroperationen selbst zu erkennen. Es sei, als ob der Bewußtseinsprozeß durch Playback den Patienten von selbst dazu bringe, seine Verleugnungssysteme aufzugeben.

Bezüglich der Wirkung auf die einzelnen Mitglieder der Therapiegruppe beschreibt BERGER, daß es durch das selbständige Beobachten dem Patienten möglich würde, Aspekte des eigenen Verhaltens zu akzeptieren, gegen die er als Äußerung durch Therapeut oder Mitpatient Widerstand entwickelt hätte.

Als Wirkung der Selbstkonfrontation auf die Gesamtgruppe beschreibt BERGER eine Verstärkung der Gruppenkohäsion, des Vertrauens und der Nähe zwischen den Mitgliedern. Außerdem könne die Selbstkonfrontation nützlich sein, um Übertragungen auf

den Therapeuten zu klären, da durch das Playback auch das Verhalten des Therapeuten objektiv und realistischer eingeschätzt werden kann.

BERGER beschreibt mehrere Playback-Techniken, die er je nach therapeutischer Indikation anwendet. Es sind dies entweder zeitlich unmittelbar im Gruppenprozeß eingesetzte Techniken ("immediate confrontation") oder zeitlich versetzte Techniken ("delayed confrontation").

Unmittelbare Konfrontation

Grundsätzlich hat jedes Gruppenmitglied die Möglichkeit, während jeder Gruppensitzung zu jedem Zeitpunkt ein Playback zu wünschen, wenn es ihm wichtig erscheint.

Ein Playback sollte dabei jedoch nach der Ansicht BERGERS nicht länger als 10 bis höchstens 20 Minuten dauern, da sonst eine Überforderung der Teilnehmer wegen des großen Ausmaßes an Information erfolgen kann.

Die spontanen Reaktionen auf das Playback zeichnet BERGER ebenfalls auf Video auf und konfrontiert anschließend die Gruppe damit, so daß die Reaktionen auf das Playback wiederum durchgearbeitet werden. Für die Bearbeitung latenter paranoider Tendenzen entwickelte BERGER eine spezielle Technik. Kommt ein Patient zu spät zur Sitzung, wird er nach seinen Phantasien und Befürchtungen darüber befragt, was die Gruppe wohl vor seiner Ankunft über ihn gesprochen hat. Wenn er meint, daß die anderen Gruppenmitglieder seine Abwesenheit ignoriert oder sich negativ über ihn geäußert haben, kann es nach Ansicht BERGERS von heilsamer Wirkung sein, wenn dem Patienten das Playback zeigt, daß die Gruppe positiv über ihn gesprochen hat.

Zeitlich versetzte Konfrontation

Als wichtige therapeutische Variante wendet BERGER die Selbstkonfrontation der Patienten mit einer Szene aus dem Gruppengeschehen während einer Einzeltherapiesitzung an. Die Analyse und Interpretation der Abwehrmuster kann in der Einzelsitzung ausführlicher erfolgen bzw. vertieft werden.

Um der Gruppe ihren Veränderungsprozeß deutlich zu machen und so motivationsfördernd für den weiteren Verlauf der Therapie zu wirken, ist es nach der Auffassung BERGERs von großem Wert, sie mit Aufzeichnungen von früheren Gruppensitzungen zu konfrontieren.

Sowohl für das unmittelbare wie auch für das zeitlich versetzte Playback eignet sich die folgende von BERGER beschriebene Konfrontationstechnik in der Gruppe: Die Selbstkonfrontation nur mit dem Bild, ohne Ton, so daß die Gruppenmitglieder konzentrierter die Bedeutung ihrer nonverbalen Interaktionen erleben können. Das umgekehrte Vorgehen, nämlich den Ton ohne Bild laufen zu lassen, eröffnet andererseits die Möglichkeit, die verbalen Botschaften isoliert zu analysieren. Im Anschluß an dieses Vorgehen kann man die Botschaften beider Informationskanäle auf Widersprüche untersuchen und so Double-bind-Muster und andere inkongruente Botschaften erkennen.

BERGER kommt anhand seiner Erfahrungen mit der ASK in der Gruppe zu dem Schluß: "Videotape Playback reveals more of the truth about therapist, patient and group than we have had available to us previously" (1968, S. 514).

BROOKS (1976)

BROOKS berichtet über die Nützlichkeit des Videofeedbacks für die Selbst-Beurteilung der Gruppenmitglieder und als unter-

stützende Variable für den gruppentherapeutischen Prozeß. Sie machte die Erfahrung, daß die Integration von Videofeedback den therapeutischen Prozeß in der Gruppe beschleunigt und weniger Zeit als traditionelle Techniken in Anspruch nimmt.

BROOKS entwickelte einen Drei-Phasen-Plan für die therapeutische Nutzung von Videofeedback. Allgemeines Behandlungsziel der Gruppensitzungen war, die Realitätsprüfung der Patienten zu verbessern, die Sozialisation zu fördern und die Entwicklung von psychosozialen Fähigkeiten zu unterstützen.

Phase I: Förderung der Kohäsion und Kommunikation

Der Therapeut verstärkt diese beiden Komponenten des Gruppenverhaltens im Feedback, um eine kohäsive, kommunikative Gruppe zu fördern. Schlecht funktionierendes Kommunikationsverhalten wird im Videofeedback demonstriert und sowohl auf der Inhalts- als auch auf der Beziehungs- bzw. Prozeßebene untersucht. Dabei wird besonderer Wert auf die Identifizierung von "double bind messages" (S. 86) gelegt.

Phase II: Förderung von Bewußtheit, Akzeptanz und Ausdruck von Gefühlen

Während die Gruppenmitglieder sich auf dem Monitor beobachten, wird die Äußerung von Gefühlen, von Akzeptierung des eigenen Verhaltens wie das der anderen Gruppenmitglieder und Zeichen von Bewußtwerdung bestimmter Aspekte des eigenen Selbst verstärkt.

Phase III: Autonomie und Auflösung

In dieser dritten und letzten Phase des Gruppenprozesses werden solche Segmente früherer Aufzeichnungen demonstriert, die spezifische Problemverhaltensweisen deutlich machen. Anhand der Aufzeichnung werden sie abschließend durchgearbeitet und Verhaltensalternativen entwickelt.

Außerdem kann den einzelnen Mitgliedern oder der Gruppe als ganzes durch diese Ausschnitte ihre eventuell fehlende Autonomie demonstriert werden, die für die Beendigung der Behandlung von Bedeutung ist.

Zusammenfassend beschreibt BROOKS, daß Videofeedback oder "Teletherapy" - wie sie es nennt - dann zu einer bedeutungsvollen therapeutischen Interventionstechnik zur Förderung des Gruppenprozesses werden kann, wenn die Ausschnitte für die Konfrontation sorgfältig und sinnvoll ausgewählt werden, wenn sie durch die Gruppe eingehend diskutiert und durchgearbeitet werden und die Konfrontation so in einem ziel-orientierten Prozeß eingegliedert ist.

CZAJKOSKI (1968)

CZAJKOSKI geht von den funktionalen Zielen der Gruppentherapie aus und formuliert diese als Spiegelung von Emotionen, Durcharbeiten von Gruppeninteraktionen und Klärung bewußter wie unbewußter Bilder der Mitglieder von sich selbst und voneinander. Diese Prozesse können nach Ansicht des Autors mit Hilfe des Einsatzes von Videoaufzeichnungen zur Selbstkonfrontation unterstützt werden.

Der Autor sieht den Wert der Audiovisuellen Selbstkonfrontation vor allem in der Stärkung der Realitätsprüfung. "To literally see and hear ourselves as others do is to achieve an aspect of reality vital to social adjustment" (S. 521).

CZAJKOSKI ist der Meinung, daß die bloße Präsenz und Anwendung der Aufzeichnungsgeräte diverse katalytische und motivationsfördernde Auswirkungen haben, wobei er von einem "intrinsic therapeutic value" (S. 523) des Videofeedbacks spricht.

Nach seiner Beobachtung fördere die Selbstkonfrontation die Kohäsion in der Gruppe und schaffe eine tiefgreifende emotionale Beteiligung. Die Gruppe entwickle sich durch die Konfrontation in einem "self-directed educational process" (S. 522 f.) und weniger in einem vom Therapeuten geleiteten Einsichtsprozeß. Sie werde dadurch selbständiger und unabhängiger vom Therapeuten.

Bezüglich des Timings der Konfrontation fand es CZAJKOSKI therapietechnisch am günstigsten, wenn das Playback unmittelbar nach der Gruppensitzung und nicht während oder vor (der nächsten) Sitzung erfolge. Als optimale Länge für das Playback schätzt er 10 - 15 Minuten und eine anschließende Diskussion von derselben Länge ein. Der Therapeut übernimmt selbst die Auswahl der Konfrontationssequenzen und wählt solche aus, von denen er annimmt, daß sie signifikante und dynamische Schlaglichter auf den Gruppenprozeß werfen.

Der von CZAJKOSKI entwickelte zeitliche Ablauf sah bei einer Gesamtlänge von 105 Minuten folgendermaßen aus: 10 Minuten warming up, 1 Stunde Gruppensitzung, 5 Minuten Pause zur Auswahl der Sequenzen, 15 Minuten Playback und abschließend 15 Minuten Diskussion.

HECKEL (1975)

HECKEL begreift die Videokamera als "Co-Therapist" (S. 20) in der Gruppentherapie. Er integriert die Videokamera insofern als einen funktionalen Bestandteil in die Gruppe, als er während der Sitzungen die Kamera abwechselnd von den Gruppenmitgliedern operieren läßt.

Theoretische Annahme für dieses Vorgehen ist neben der Vermittlung eines Feedbacks der Gruppeninteraktionen, Aussagen darüber zu ermöglichen, wie das aufnehmende Gruppenmitglied die

Gruppe oder einzelne Mitglieder erlebt durch die Art, wie er die Aufnahme gestaltet. Dies sei eine zusätzliche Interpretationsmöglichkeit für die Handlungen des betreffenden Patienten.

Die größte Bedeutung kommt damit der Amplifizierung dieser durch die Aufnahme vermittelten Wahrnehmungen des Patienten zu. Jedes Videoband wird bei dem Vorgehen HECKELs zunächst nach seinem allgemeinen Inhalt bezüglich des Gruppenprozesses analysiert und dann bezüglich der Wahrnehmungen des Patienten als Kameramann. Dabei wird besonders darauf geachtet, was er nicht aufgenommen hat, denn dies ist von großer Bedeutung für das Verständnis der Widerstände, ungelösten Gefühlen bezüglich anderer Gruppenmitglieder, der negativen und positiven Übertragungen und der emotionalen Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern.

Das Verhalten des Patienten an der Kamera wird außerdem unter Gesichtspunkten wie Art der Aufnahme, Versuche der Beteiligung am Gruppengeschehen und Reaktionen auf den Gruppenprozeß sorgfältig analysiert. Insofern versorgen die anderen Gruppenmitglieder ihn mit einem möglichst genauen Feedback seines Verhaltens, während er ihr Verhalten aufzeichnet. HECKEL ist der Auffassung, daß durch die Analyse dieses Verhaltens an der Kamera Schlüsselinteraktionen deutlich werden.

Die Videokamera wird so in der Hand des Patienten zu einem "subjective, responding mechanism leading to greater understanding for the inner thoughts and the perceptions of those who direct his activities" (S. 23).

HOLLANDER & MOORE (1972)

Die Autoren wenden die "videotape self-confrontation" in Kombination mit dem Psychodrama an. Sie erarbeiteten in ihrem Artikel einige wichtige Ansätze zur Wirkungsweise der Selbstkonfrontation.

Im Vergleich zur gegenseitigen Zwei-Personen-Konfrontation liegt der Vorteil der Audiovisuellen Selbstkonfrontation darin, daß die ASK nicht durch Wahrnehmungsfehler, ungenaue Erinnerung oder Vorurteile wie beim sozialen Feedback verzerrt werden kann, sondern daß die Situation genau so reproduziert wird, wie sie vom Kamera-Standpunkt aus beobachtet wird.

"Self-confrontation by videotape feedback is the purest, most complete, and most immediate source of behavioral feedback..." (S. 77).

Die Autoren beschreiben zwei grundlegende Wirkungsprinzipien der ASK:

- Durch die ASK kann jede Person sich selbst vom Standpunkt eines Beobachters aus wahrnehmen. Dies hilft ihm dabei, zu verstehen, wie andere Personen auf ihn reagieren.
- Durch die ASK können viele, nicht bewußte Verhaltensweisen deutlich werden. Da diese Verhaltensweisen die äußere Verlängerung von unbewußten Intentionen sind, ist ihre Bewußtwerdung äußerst bedeutungsvoll für den Zugang zu den inneren Motiven, Gefühlen und Handlungsweisen. Darüberhinaus kann deutlich werden, wie die sprachlich-inhaltlichen Botschaften des Klienten durch solche wenig bewußten Gesten oder automatisierten Körperbewegungen verzerrt oder verfälscht werden.

Durch die ASK kann der Klient seine zuvor unkontrollierten Verhaltensweisen wahrnehmen, durch die vielleicht oft eine unerwartete Reaktion bei seinen Sozialpartnern provoziert wird, was er jedoch nie verstehen konnte, bis er sein Verhalten in der ASK selbst erlebt.

Auf das Psychodrama bezogen, sehen die Autoren den Vorteil der Kombination mit der ASK eben darin, daß der "Hauptakteur", der während seinen Aktionen durch seine emotionale Beteiligung am

Geschehen nicht gleichzeitig auf seine Gefühle achten kann, die Möglichkeit erhält, sich die Gedanken und Gefühle durch das Feedback ins Gedächtnis zurückzurufen ("recall") und sie durcharbeiten. Er kann daraufhin besser die innere Motivation seiner Handlungen verstehen.

Die Hauptfunktion des Videofeedbacks für den Akteur Im Psychodrama ist damit, die Veränderungen seiner Einstellungen und Wahrnehmungen während der Darstellung in ihrer psychodynamischen Bedeutung nachvollziehbar zu machen und dem Klienten dabei zu helfen, sich der verschiedenen Aspekte seiner Handlungen und seiner Gefühle bewußt zu werden, die zuvor unbemerkt blieben.

Die Autoren sind bezüglich dem Zeitpunkt des Feedbacks der Ansicht, daß es optimal sei, das Feedback mindestens einige Stunden bis einige Tage nach dem Psychodrama anzusetzen, da der Darsteller Zeit brauche, um sich von den intensiven emotionalen Erfahrungen zu distanzieren, damit er einen objektiveren Standpunkt bezüglich seines eigenen Verhaltens einnehmen kann. Diese Objektivität sei notwendig, damit er bezüglich seiner Darstellung eine neue Bewußtheit entwickeln kann, anstatt sie nur noch einmal durchzuleben und nachzuempfinden.

Die Autoren lassen den Klienten selbst bestimmen, welche Teile des Psychodramas er sehen möchte, da sie der Auffassung sind, dies ergebe eine zusätzliche wertvolle Information darüber, welche Aspekte evtl. noch einer Aufarbeitung benötigen.

Die ASK wird als hilfreich eingeschätzt, um dem Klienten die personalen und interpersonalen Konsequenzen der verschiedenen Aspekte seines Verhaltens zu verdeutlichen. Hierfür empfehlen die Autoren ein fokussiertes oder "directed" Feedback, für das der Therapeut die entsprechenden Szenen aussucht und den Klienten damit konfrontiert. Dabei sei das Feedback umso nützlicher,

je mehr der Klient seine eigenen spontanen Beobachtungen beibringen kann und je weniger der Therapeut diese Beobachtungen dirigieren muß. HOLLANDER & MOORE entwickelten hierfür leichte therapeutische Interventionen, die dem Klienten dabei helfen sollen, seine Beobachtungen zu intensivieren. So fragen sie den Klienten z.B., wie er als eine dritte Person auf sein Verhalten reagieren würde.

Die Autoren sind der Meinung, daß nur kurze Schlüsselszenen für die Konfrontation vorbereitet werden sollten, da die Fähigkeit, Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten, beschränkt sei. Wenn ein Klient längere Sequenzen als etwa 10 bis 15 Minuten ununterbrochen beobachtet, tendiert er nach der Erfahrung der Autoren dazu, in ein passives, nicht analytisches Seh-Muster zu geraten, was der Konsumhaltung bei einem Film entspricht. Da aber Lernen primär ein aktiver Prozeß sei, sollte der Klient dazu ermuntert werden, während des Betrachtens aktiv dabei zu bleiben. Daher sollte jede ASK-Sitzung auf zeitlich und anzahlmäßig begrenzte Sequenzen beschränkt werden.

MAYADAS & O'BRIEN (1973)

Die Autoren gehen von einer allgemeinen Theorie traditioneller Gruppentherapie aus und beschreiben in diesem Rahmen die den gruppentherapeutischen Prozeß unterstützende Wirkung der Selbstkonfrontation. Als einer der Hauptbeiträge der Gruppentherapie betrachten sie die Möglichkeit des Feedbacks von einer größeren Anzahl von Personen über das Verhalten des Einzelnen.

Wenn zwischen den Gruppenmitgliedern über ein bestimmtes Verhalten Übereinstimmung besteht, ergibt sich eine sog. inhaltliche Validität ("consensual validation", S. 108) dieses Verhaltens, was die Autoren als eine der potentiellsten Variablen ansehen, um das Verhalten eines Gruppenmitglieds diesem widerzuspiegeln. Ein Individuum wird es schwer haben, sein Verhalten

ständig zu verleugnen, wenn innerhalb der Gruppe ein Konsensus darüber besteht. Daher kann die Gruppe zu einem "powerful agent of change" (S. 118) werden, in Abhängigkeit von dem Ausmaß, in dem die Gruppenmitglieder Bewußtsein für das gegenseitige Verhalten entwickeln können.

Diese Feedback-Möglichkeit wird durch die Video-Selbstkonfrontation unterstützt und beschleunigt. Die Autoren sind der Auffassung, daß die Selbstkonfrontation zu der bereits beschriebenen Dimension des Gruppenkonsensus über ein bestimmtes Verhalten eine "self-corrective dimension" (S. 108) hinzufügt.

Die Autoren beschreiben differenzierend, daß die Selbstkonfrontation die Gruppenmitglieder in die Lage versetzt, ihr Verhalten bezüglich drei Kriterien zu überprüfen:

- bezüglich der eigenen Selbstwahrnehmung;
- bezüglich der Wahrnehmung anderer von ihm;
- bezüglich dem aktuellen Bild auf dem Monitor.

Das Feedback vom Videoband reflektiert so jedem Gruppenmitglied sein sozial projiziertes Bild und konfrontiert ihn mit möglichen Diskrepanzen zwischen seinem idealen, seinem kognitiv wahrgenommenen und dem tatsächlich durch die Aufzeichnung vermittelten Selbstbild.

Weiter sind die Autoren der Auffassung, daß durch die Ergänzung des Gruppenprozesses via Selbstkonfrontation die Möglichkeit zur Verleugnung des eigenen Verhaltens auf ein Minimum reduziert und der Widerstand gegen Veränderungen bedeutend verringert wird.

Durch die Selbstkonfrontation bekomme jedes Gruppenmitglied ein vollständiges, nur minimal verzerrtes Bild von sich selbst in

Interaktion. Dies bedeute für ihn eine Möglichkeit zur Veränderung seines Verhaltens, so daß es mehr seinen inneren Vorstellungen entspricht.

Die Autoren stellen fest, daß die Wirkung der ASK, zusammen mit dem Gruppenkonsensus ein extrem wirksames Mittel sei, um die Patienten mit ihren Verhaltensphänomenen wie Verleugnung, Diskrepanzen zwischen Gefühl und Inhalt und Inkongruenzen zwischen verbalem und nicht-verbalem Verhalten zu konfrontieren.

Zusammenfassend beschreiben die Autoren das Videofeedback als "confrontive, insightful learning experience" (S. 117).

ROGERS (1968)

A.H. ROGERS bezieht sich in seiner Konzipierung der Selbstkonfrontation auf das für den therapeutischen Prozeß von C.R. ROGERS geforderte Prinzip des "maximalen Feedbacks" ("maximum feedback interchange", ROGERS 1964; S. 165), das innerhalb der therapeutischen Beziehung erfolgen soll. Die Verwendung von Videokonfrontationen sieht er als gute Möglichkeit der Unterstützung dieses therapeutischen Prozesses an.

ROGERS weist vor allem auf den abwehrbezogenen Aspekt hin, dem ein verbal durch den Therapeuten oder andere Gruppenmitglieder vermitteltes Feedback ausgesetzt ist und der bei einer objektiven Verhaltensaufzeichnung, z.B. durch Video, auf ein Minimum reduzierbar ist, da vor allem die Verleugnung des gezeigten Verhaltens erschwert wird.

Die Selbstkonfrontation hat nach Ansicht des Autors wichtige Konsequenzen für das Erleben und Verhalten des Patienten. Besonders automatisierte Verhaltensweisen würden durch das Feedback unterbrochen, wenn dem Patienten sein Verhalten im Play-

back bewußt wird. Wenn der Patient aber beobachten kann, was er tut und vor allem, wie er es tut und wie es auf die Umwelt wirkt, kann er damit beginnen, sich zu verändern, da die Bewußtheit seines Handelns und seiner Gefühle als Basis für eine grundlegende Veränderung hergestellt ist.

ROGERS nimmt Bezug auf die allgemeinen Wirkungsmechanismen der Gruppentherapie, wenn er feststellt, daß einer der Gründe für eine erfolgreiche Therapie sei, daß die Patienten sich selbst so sehen können, wie andere sie sehen, eben durch das von den anderen Gruppenmitgliedern vermittelte Verhaltensfeedback. Dieser Rückmeldungsprozeß wird durch die Konfrontation mittels Video wesentlich effektiviert. Denn: "Concepts and words used to talk about oneself are not as immediate as seeing and hearing oneself on videotape" (S. 38).

Die Selbstkonfrontation mittels Video ist außerdem nach Ansicht des Autors ein besonders effektives Mittel, um den im Gruppenprozeß interagierenden Personen zu demonstrieren, welche "Spiele" (im Sinne BERNES, 1961) sie miteinander spielen. Es ergeben sich während des Playbacks kurze Momente von Bewußtheit, wenn die Wirkung des eigenen Verhaltens auf die beobachtende Person auftritt. Zu diesem Zeitpunkt ist nach Auffassung ROGERS' die Arbeit des Therapeuten besonders wichtig, um dem Patienten bei der Analyse und Amplifizierung dessen zu helfen, was er gerade von sich wahrgenommen hat. Ohne diese Hilfestellung befürchtet ROGERS eine mögliche defensive Verhaltensinterpretation von seiten des Patienten, wodurch die eigentliche Bedeutung seines Verhaltens verlorengehe.

STOLLER (1967; 1968a,b,c; 1969a,b, 1970)

Die umfassendste Theorie des Videofeedbacks in der Gruppe legte STOLLER vor. Er begreift Videofeedback als eine Ergänzung der Gruppenfunktionen ("extending the group's function", 1968a, S. 207). Als Hauptfunktion der Gruppe sieht er das ge-

gegenseitige Feedback der Gruppenteilnehmer über ihre gegenseitigen Wahrnehmungen und Gefühle.

STOLLER geht von der folgenden Definition des Feedbacks aus: "Feedback signifies verbal and nonverbal responses from others to a unit of behavior provided as close in time to the behavior as possible and capable of being perceived and utilized by the individual in initiating the behavior" (1968a, S. 24).

STOLLER hält die folgenden drei allgemeinen Überlegungen zur Anwendung jeder Form von Feedback für wichtig:

1. Kontiguität ("contiguity")

Feedback ist am effektivsten, wenn es in einem engen zeitlichen Bezug zum entsprechenden Verhalten erfolgt. Die Wirkung des Feedbacks wird verringert, wenn es später erfolgt, da die zwischenzeitlichen Ereignisse die emotionale Beziehungsnähe zum Feedback-Verhalten erschweren.

2. Nützlichkeit ("utility")

Um das Feedback für die angesprochene Person maximal nutzbringend zu gestalten, ist es notwendig, das Verhalten genau zu spezifizieren. Es ist dann am effektivsten, wenn es konkrete Verhaltensweisen genau beschreibt, so daß der Patient dadurch befähigt wird, sein Verhalten zu verändern. Die Videoaufzeichnung repräsentiert die Möglichkeit, Informationen in klarster und spezifiziertester Form anzubieten.

3. Rezeption ("reception")

Es ist notwendig, daß die Feedback erhaltende Person genau aufnehmen kann, was sie an Feedback vermittelt bekommt. Die Rezeption wird erschwert durch die Mobilisierung von Abwehr, wodurch eine Verzerrung des Mitgeteilten stattfinden kann. Außerdem werden die Gefühle während des Feedbacks

durch die Beziehung zur Feedback ertellenden Person beeinflusst.

Durch die Videokonfrontation werden Informationen mittels einem neutralen Agenten vermittelt, nämlich über den Bildschirm, so daß das Feedback hier in qualitativ anderer Weise aufgenommen werden kann als über Personen vermittelt.

STOLLER entwickelte eine Selbstkonfrontations-Technik, die er "focused feedback" (1968b) nannte. Fokussiert, d.h. zentriert ist das Feedback insofern, als es nur bestimmte Aspekte des Verhaltens in der Gruppe in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückt. "Focusing consists of selecting and highlighting the particular aspects of the group interaction to be viewed on the monitor" (1968a, S. 253).

Die Methode des "focused feedback" entwickelte STOLLER aus den folgenden theoretischen Überlegungen:

"Die Gelegenheiten, ein Feedback zu geben, sind häufig. Wenn es indiskriminativ verwendet wird, kann das Videofeedback allerdings die Gruppenmitglieder weit überfordern und die natürliche Gruppeninteraktion zerstören. Die natürliche Gruppeninteraktion sollte jedoch immer das primäre Ziel einer therapeutischen Gruppe sein. Wo eine überwältigende Anzahl von Daten vermittelt wird, können die Gruppenmitglieder Schwierigkeiten haben, deren relative Bedeutung einzuschätzen. Solange es keine Wege gibt, bestimmte Informationen hervorzuheben, verringert sich der Wert des Feedbacks. Aus dieser Notwendigkeit entstand das Focused Feedback: die Zentrierung der Aufmerksamkeit der Teilnehmer auf den Aspekt des Videofeedbacks, der der relevanteste für eine nützliche Verhaltensänderung zu sein scheint" (1968a, S. 219, eigene Übersetzung).

Je nach Art des zu vermittelnden Feedback-Inhalts unterscheidet STOLLER die folgenden Feedback-Arten:

1. Diskrepantes Feedback ("discrepant feedback")
Bezieht sich auf Verhaltensweisen, die als Konsequenz zu anderen Reaktionen führen, als der Handelnde erwartet.
2. Indiskrepantes Feedback ("non-discriminant feedback")
Bezieht sich auf Verhaltensweisen, die als Konsequenz zu Reaktionen führen, die sich mit den Erwartungen des Agierenden decken.
3. Beziehungs-Feedback ("relationship feedback")
Gibt Informationen über ablaufende Interaktionen zwischen zwei Gruppenmitgliedern, die sich vom üblichen Verhalten einer der beiden Interaktionspartner zur Gruppe unterscheiden.
4. Prozeß-Feedback ("process feedback")
Gibt Informationen über den Gruppenprozeß, die alle Teilnehmer betreffen.

Beziehungs- und Prozeß-Feedback kann dabei wiederum sowohl in diskrepanter wie auch in indiskrepanter Weise erfolgen.

Für die Anwendung des "focused feedback" entwickelte STOLLER ein Drei-Phasen-Modell. Ausgehend von dem Material der Gruppeninteraktion läuft das Feedback in den folgenden Phasen ab:

Phase 1: Auswahl des Materials für das Feedback

Die Selektion des Materials für das Feedback erfolgt in Abhängigkeit von den verschiedenen Feedback-Arten und orientiert sich an der psychodynamischen Notwendigkeit und an der jeweiligen Phase des Gruppenprozesses. So wendet STOLLER z.B. das diskrepante Feedback vor allem zu Beginn des Gruppenprozesses an, da hierdurch Prozesse in Gang gesetzt werden, die automatisierte Mechanismen auflösen. Das indiskrepante Feedback erfolgt im Gegensatz hierzu vor allem in späteren Phasen der

Therapie, denn es hat vorwiegend verstärkende und unterstützende Funktion, kann daher effektiv sein in der Verstärkung von Verhaltensänderungen, die bereits erfolgt sind, jedoch noch nicht fest im Repertoire des Patienten integriert sind.

Phase 2: Präsentation des Feedbacks

Die bloße Präsentation der Videoaufnahmen ist nach Meinung STOLLERs nicht ausreichend für Verhaltensänderungen. Verbale Spezifikationen und Wiederholungen sind nötig, um den Selbstbeobachtungen Struktur und Bedeutung zu geben.

Ein Playback während der eigentlichen Gruppensitzung kann die Gruppeninteraktion in ihrem Verlauf ändern. Zu häufige Unterbrechung der Gruppeninteraktion wird die Art der Gruppe selbst verändern. Daher sollte das Feedback in einer zusätzlichen Konfrontationssitzung im Anschluß an die eigentliche Sitzung erfolgen. Dies kann dann als neue Phase des Gruppenprozesses aufgefaßt werden.

Phase 3: Entwicklung von Alternativen

Wichtigste Phase des "Focused Feedback" ist für STOLLER der auf das Feedback folgende Versuch der Entwicklung von Verhaltensalternativen. Dies kann in Form von direkten Vorschlägen des Therapeuten oder der Gruppenteilnehmer erfolgen, aber auch einfach durch den Versuch des Patienten, neue Verhaltensweisen durchzuprobieren. Die Konzipierung von Verhaltensalternativen ist jedoch nach STOLLER eine schwierige Aufgabe und erfordert geschickte Fähigkeiten des Therapeuten.

STOLLER begreift seine Methode des "focused feedback" weniger als eine neue therapeutische Methode, als eher den Versuch, den Spiegelungseffekt der Gruppe zu verstärken. Dabei bleibt der Gruppenprozeß jedoch immer von primärer Wichtigkeit, und die Anforderungen durch die Videoaufzeichnungen immer sekundär.

3.1.5 Die ASK in der Kindertherapie

BERNAL et al. (1968); BERNAL (1969)

BERNAL und Mitarbeiter entwickelten einen Therapieansatz, in dem sie Verhaltensfeedback via Video für die Mutter des mit verhaltensmodifikatorischen Techniken behandelten Kindes einsetzen. Dabei spezialisierten sie sich auf die Symptomatik des "brat syndrome" (S. 447)*. Anhand eines Fallbeispiels demonstrieren die Autoren die Effektivität ihres kombinierten Trainingsprogramms bei der Behandlung eines achtjährigen, emotional gestörten Buben mit schweren Disziplin-Problemen.

Die Behandlung wurde in fünf Lektionen unterteilt, für die der Mutter spezifische Verhaltensinstruktionen für den Umgang mit ihrem Kind erteilt wurden. Jede Instruktion wurde von der Mutter in einer Sitzung mit dem Kind eingeübt und diese Interaktionssequenzen mit Video aufgezeichnet. Mutter und Versuchsleiter trafen sich dann anschließend zur Feedbacksitzung ohne das Kind und sahen sich Ausschnitte aus der Videoaufzeichnung an, um die Mutter für positive Verhaltensansätze zu verstärken, ihr eine Rückmeldung ihres Verhaltens zu geben, Diskrepanzen zwischen den Instruktionen und dem tatsächlich erfolgten Verhalten der Mutter zu erkennen oder um Stellen zu demonstrieren, an denen neue Operanten verwendet werden sollten.

Im Verlauf der Behandlung wurde die Feedback-Phase so modifiziert, daß die Mutter beim Betrachten des Videobandes ange-regt wurde, das Band selbst an solchen Stellen zu stoppen, wo sie das Gefühl hatte, ihr Verhalten ändern zu müssen. Sie wur-

* Die Autoren verstehen darunter Verhaltensweisen wie Wutanfälle, aggressive Angriffe, Drohungen etc., die hoch aversiv sind und die Kontrolle des Kindes erschweren.

de dabei ermuntert, Verhaltensalternativen zu finden. Für dieses Verhalten wurde sie entsprechend sozial vom Therapeuten verstärkt.

Innerhalb weniger Wochen konnte das unangepaßte Verhalten des Kindes und der Mutter reduziert werden, wobei der Beitrag des Videofeedbacks nach Ansicht der Autoren darin bestand, daß dadurch die Verhaltensaufzeichnung sofort verfügbar war und die Aufzeichnungen eine sehr sorgfältige Analyse der stattgefundenen Interaktionen erlaubten, was ein exaktes Zuschneiden ("tailoring") des Behandlungsprogramms auf die individuellen Anforderungen ermöglichte.

BERRYMAN (1969)

BERRYMAN beschreibt in einer kurzen Notiz die Anwendung von Video-Playback bei stotternden Kindern. Er nimmt den Stotterer zu Beginn der Therapie und in jeder weiteren Sitzung auf und zeigt dem Kind anschließend die Aufzeichnung, wobei er an problemspezifischen Stellen das Band stoppt, um dem Kind seine Sprechfehler zu demonstrieren bzw. für positive Sprechansätze zu verstärken.

Die theoretische Implikation seiner Vorgehensweise ist die Annahme, daß die Kinder durch die Möglichkeit, sich selbst über den Bildschirm zu sehen und zu hören, effektive Methoden der Selbstkontrolle ("monitoring") ihres Sprechverhaltens erlernen.

Die Aufzeichnung und das Playback motiviere außerdem nach den Erfahrungen BERRYMANs das Kind für die Behandlung, mache es aufgeschlossener dafür und verringere seinen bewußten und unbewußten Widerstand gegen Veränderung und die Therapie.

BERRYMAN kommt anhand seiner Erfahrungen zu dem Schluß, daß "each segment of each tape has helped the patient progress to further fluency" (S. 23) und folgert abschließend: "Videotape

Playback shows dramatic results for stuttering victims"
(S. 23 f).

DORNETTE & DORNETTE (1975)

Die beiden deutschen Autoren setzen Videoaufzeichnungen im Rahmen der Verhaltenstherapie bei Kindern ein: Sie entwickelten ihren Konfrontationsansatz aufgrund der therapeutischen Erfahrung, daß der von ihnen verwendete übliche Therapieplan, der "... das Training des Kindes mit dem Therapeuten, eine anschließende modellhafte Darstellung und der positiven Interaktionen zwischen Kind und Therapeut für die Mutter und das nachfolgende Einüben dieser dargestellten Interaktionen der Mutter mit dem Kind unter Hilfestellung des Therapeuten vorsieht" (S. 1888), nicht immer zu einer Generalisierung auf die Alltagssituation führte.

Die Autoren beschlossen daher die zunächst nur zur Verhaltensanalyse verwendeten, auf Videoband mitgeschnittenen Mutter-Kind-Interaktionen in Form eines Verhaltensfeedbacks für die Mutter therapeutisch zu nutzen. Die Autoren gingen dabei so vor, daß sie sowohl die Modellsituation als auch das Einüben der Mutter aufzeichneten. Anschließend betrachteten Therapeut und Mutter beide Aufzeichnungen, um die Mutter für positive Verhaltensweisen dem Kind gegenüber zu verstärken und Alternativen für noch unangepaßte Verhaltensweisen zu entwickeln.

DORNETTE & DORNETTE konnten eine gute Generalisierung des erlernten Verhaltens auf die häusliche Alltagssituation durch die-
sen mit Videofeedback kombinierten Therapieplan beobachten.

Die Autoren versuchten, den Ansatz eines Erklärungsmodells für die therapeutisch günstigeren Auswirkungen dieses kombinierten Programms gegenüber dem verhaltenstherapeutischen Modell durch

einfaches Modell-Lernen zu entwickeln. Sie sind der Meinung, daß die gemeinsame Verhaltensbeobachtung die Möglichkeit zu einer kontingenten Verstärkung des auf dem Videomonitor reproduzierten günstigeren Verhaltens der Mutter geboten wird, und zwar sowohl aufgrund des unmittelbaren Feedbacks durch das Betrachten des eigenen Verhaltens als auch über das Lob durch den Therapeuten.

Die Autoren sind weiter der Auffassung, daß eine "optimale, optisch unterstützte Kontrolle des eigenen Verhaltens im Hinblick auf eine angestrebte Verhaltensänderung offensichtlich wirksamer (ist) als die bloß verbalisierte Deutung durch den Therapeuten oder reines Lernen am Modell" (S. 1891).

Die Autoren führen den therapeutischen Effekt der Rückkopplung via Video außerdem auf die größere Angst- und Streßfreiheit der emotional entlastenden Selbstkonfrontations-Situation zurück, was "eine wesentlich bessere Gliederung und Erweiterung des Apperzeptionsfeldes, erhöhte Situationsbeherrschung und damit zusammenhängend bessere Lernfähigkeit ermöglicht" (S. 1891).

Die Autoren weisen darauf hin, daß die mit audiovisueller Rückkopplung kombinierte Verhaltenstherapie besonders für therapieresistente Fälle geeignet zu sein scheint und hier nicht nur als "therapeutisch effizient, sondern in gewisser Hinsicht auch zeitökonomisch" (S. 1891) eingeschätzt werden kann.

FURMAN & FEIGNER (1973)

Die Autoren entwickelten ein mit Selbstkonfrontation kombiniertes Behandlungsprogramm zur Behandlung hypermotorischer Kinder, bei denen das übliche verhaltensmodifikatorische Programm nicht zu dem gewünschten Therapieerfolg geführt hatte.

Sie kombinierten in ihrem Behandlungsprogramm die folgenden drei Techniken: Video-Feedback, Verwendung der Eltern als Hilfstherapeuten und Anwendung von verhaltensmodifikatorischen Techniken bei den Eltern.

Die Autoren gingen so vor, daß sie jeweils 15-20minütige Segmente der Eltern-Kind-Interaktion aufnahmen und unmittelbar danach die Eltern damit konfrontierten. Während der Feedbacksitzungen sollten die Eltern zusammen mit dem Therapeuten Problemverhalten sowohl bezüglich der eigenen Person als auch bezüglich dem Kind identifizieren lernen. Die Identifikation von "Target"-Verhaltensweisen durch die Eltern war den Autoren besonders wichtig. Die Erwartung war dabei, daß - wenn den Eltern dies bezüglich einiger Target-Verhaltensweisen gelänge und sie diese modifizieren lernten - auch eine Generalisierung auf andere Verhaltensweisen stattfinden würde. Für die Modifikation des identifizierten Problemverhaltens beim Kind wurden die Eltern als Hilfstherapeuten in der Anwendung verhaltensmodifikatorischer Techniken unterwiesen.

Die Autoren machten die Erfahrung, daß durch die Kombination der Verhaltenstherapie mit der Videofeedback-Methode die bei hypermotorischen Kindern oft übersehenen, unangepaßten interpersonellen Interaktionsmuster effektiver und schneller behandelt werden konnten und daß eine signifikante Generalisierung auf andere Verhaltensweisen des Kindes möglich waren.

MARTIN & PARRISH (1973)

Die Autoren beschäftigten sich in ihrem Artikel mit der Anwendung der Selbstkonfrontation in der Kindergruppentherapie. Sie gehen dabei methodisch so vor, daß sie eine Kamera fest in einer Ecke des Spieltherapieraumes installieren und die gesamte Sitzung aufzeichnen. Während der Therapie notiert sich

der Therapeut signifikante Ereignisse, die ihm zur Selbstkonfrontation geeignet erscheinen. Nach jeder 40minütigen Spieltherapie sehen sich die Kinder zusammen mit dem Therapeuten die entsprechenden Stellen der Therapie auf dem Videoband an. Anschließend werden jeweils ca. fünf Minuten dazu verwendet, um mit den Kindern zu besprechen, was sie auf dem Bildschirm wahrgenommen haben und welche Gefühle sie dabei gehabt haben.

Die Autoren stellten fest, daß die Kinder zunächst sehr unterschiedlich auf die Selbstkonfrontation reagierten, teilweise waren sie sehr unnatürlich in ihrem Verhalten oder auch gehemmt. Mit Verlauf der Sitzungen konnten sie sich jedoch wieder entspannen und zu ihrem normalen Verhalten zurückfinden.

Als häufigste Reaktion auf die Selbstkonfrontation beobachteten die Autoren Äußerungen, die Einsicht in die eigenen Gefühle und Probleme bzw. die der anderen Kinder vermittelten. An zweiter Stelle rangierten negative und positive Kommentare über das eigene Verhalten oder das der anderen. An dritter Stelle kamen Kommentare, die Selbst-Bewußtheit oder Selbst-Zentrierung widerspiegeln und danach Äußerungen bezüglich optischer Aspekte des eigenen Selbst. Dabei erhöhte sich mit fortschreitenden Sitzungen die Anzahl der einsichtsvermittelnden Kommentare noch erheblich.

Die Selbstkonfrontation führte außerdem zu einer größeren Gruppenkohäsion und zu bedeutsameren Einsichten in die intrapersonale Dynamik der Kinder. Sie hatte eine befreiende Wirkung auf die Diskussionsfreudigkeit der Kinder bezüglich ihrem eigenen Verhalten und die in der Gruppe ablaufenden Interaktionen.

Die Autoren verglichen die Reaktionen der Kinder auf die Selbstkonfrontation mit denen von Erwachsenen und kamen zu dem Schluß,

daß die ASK als ergänzende Technik in der Psychotherapie von Kindern nicht nur zu vergleichbaren Ergebnissen führt, sondern sogar eine noch größere Wirkung bei Kindern zu haben scheint.

3.1.6 Stellungnahme zu den beschriebenen Arbeiten

Eine Analyse der einzelnen Arbeiten zur Wirkung der Audiovisuellen Selbstkonfrontation in den verschiedenen therapeutischen Settings macht deutlich, daß die zahlreichen Autoren in ihren Erfahrungen unabhängig voneinander zu einigen analogen Schlüssen bezüglich der Wirkungsweise der ASK kommen. Eine Zusammenfassung dieser Beobachtungen läßt die folgenden potentiellen Möglichkeiten der Selbstkonfrontation deutlich werden:

1. Einsicht und Bewußtwerdung

Durch die ASK werden unmittelbare emotionale Einsichten in das eigene Verhalten ermöglicht. Diese Einsichten erfolgen direkt, durch den Patienten selbst und nicht durch den Therapeuten vermittelt.

Durch wiederholte ASK wird eine anwachsende Bewußtheit bezüglich des eigenen Verhaltens möglich und dadurch eine kausale Einsicht in Reaktionen der Umwelt auf das eigene Verhalten. Es wird die Pathologie der Interaktion und Kommunikation mit anderen deutlich und dadurch die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von Verhaltensalternativen größer.

Einsicht erfolgt vor allem in vorwiegend unbewußte, nicht oder verzerrt wahrgenommene Aspekte des eigenen Selbst und des eigenen Verhaltens.

Durch diese Einsicht wird der Patient befähigt, sich selbst in seiner Wirkung auf andere besser zu verstehen, diese Wirkung im Interpersonalen Prozeß stärker zu realisieren und somit die

Voraussetzung für bessere Interaktionsfähigkeiten zu schaffen.

Dieser gesamte Prozeß der Selbstwahrnehmung und Selbsterkenntnis wird durch die ASK deutlich gefördert.

2. Reduktion von Abwehroperationen

Bei nahezu allen Autoren wird die Beobachtung betont, daß durch die direkte audiovisuelle Konfrontation mit dem eigenen Verhalten die Möglichkeit des defensiven Umgangs mit diesen Aspekten reduziert, ja sogar unmöglich gemacht wird. Der Patient wird durch die objektive Vermittlung von Realität zur Aufgabe seiner Verleugnungssysteme gezwungen.

Für den Patienten werden durch die ASK seine Widerstandsmanöver leichter erkennbar. Anstelle der Abwehr der eigenen Probleme mit Hilfe von Rationalisierung oder Intellektualisierung etc. erfolgt die aktive Auseinandersetzung mit den Problemen.

Mit intensiver Anwendung der ASK erfolgt parallel ein Nachlassen der Verleugnung und eine Vergrößerung der Objektivität und kritischen Selbsteinschätzung. Der allgemeine Widerstand gegen Interpretationen durch den Therapeuten wird durch die direkte Selbsteinsicht vermieden und so der therapeutische Prozeß erleichtert.

3. Förderung realitätsangepaßter Selbsteinschätzung

Durch den Prozeß der direkten Einsicht in das eigene Verhalten und die Reduktion der Abwehroperationen wird der Patient zu einer besseren Realitätskontrolle seines eigenen Verhaltens befähigt. Mit Hilfe der ASK kann der Patient zu einer größeren Objektivität bezüglich seiner eigenen Person kommen. Sein Selbstbild kann sich realitätsbezogen verändern.

Aufgrund dieses Prozesses wird der Patient fähig, seine Probleme auf der Basis der Realität zu identifizieren und schließlich zu verändern.

Aber auch die Beobachtung der Aktionen der Sozialpartner erfolgt durch die Selbstkonfrontation mehr auf der Basis der Wirklichkeit und weniger aufgrund persönlich determinierter Wahrnehmungsverzerrungen.

Die für den therapeutischen Fortschritt so wichtige Entwicklung der Realitätsprüfung als Ausdruck verbesserter Ich-Funktionen wird somit durch die Anwendung der Audiovisuellen Selbstkonfrontation entscheidend gefördert.

4. Identifizierung kommunikativer Beziehungsstörungen

Als eine der bedeutendsten Möglichkeiten der ASK wird von den meisten Autoren hervorgehoben, daß durch sie die multiplen Kommunikationskanäle und -botschaften zwischen den Kommunikationspartnern bewußt werden. Es erfolgt eine hohe Sensibilisierung für die verbalen und nonverbalen Kommunikationsmuster, wobei die Kommunikationsstörungen frappierend evident werden.

Vor allem das Phänomen der Doppelbindung wird durch die ASK deutlicher erfaßbar und somit die ASK besonders nützlich für die Auflösung dieser Störung.

Die Doppeldeutigkeit von Äußerungen, die gegenseitige verzerrte Wahrnehmung voneinander und die gesamte in der Kommunikation zu beobachtende Beziehungsstörung wird durch die Videoaufzeichnung und deren Analyse evident.

Diskrepanzen zwischen verbalen und nonverbalen Kommunikationsinhalten können leichter erfaßt werden. Der Beitrag von jedem Mitglied an einem Kommunikationsvorgang ist anhand der Auf-

zeichnung identifizierbar, Bündnispartner innerhalb des Systems Gruppe oder Familie können leichter entdeckt und die dahinterstehende Dynamik damit erarbeitet werden.

Durch diese Sensibilisierung bezüglich dem gesamten verbalen und nonverbalen Kommunikationsfeld zwischen den Partnern sozialer Systemwie Ehe, Familie oder Gruppe kann die Dynamik der Vorgänge verstanden werden und damit die Voraussetzung für Veränderung geschaffen werden.

5. Beschleunigung des Therapieprozesses

Eine der allgemeinsten Beobachtungen bezieht sich auf die generelle Unterstützung des Therapieprozesses durch die ASK. Alle Autoren sind sich einig, daß die Therapie durch die Anwendung der Audiovisuellen Selbstkonfrontation signifikant beschleunigt wird.

Die Motivation der Patienten werde durch die gemeinsame Arbeit mit der Videoaufzeichnung gefördert, das Therapiebündnis dadurch gefestigt und eine demokratischere Beziehung zwischen Therapeut und Patienten hergestellt.

Die ASK unterstütze außerdem qualitativ die zuvor beschriebenen therapeutischen Prinzipien wie die Reduktion von Abwehroperationen und Widerstandsmanövern, die Förderung von Einsicht und Bewußtwerdung, die Stärkung verschiedener Ich-Funktionen wie Wahrnehmung und Realitätskontrolle und die Spiegelung bzw. Konfrontation mit dem eigenen Verhalten.

Eine Analyse der verschiedenen Arbeiten zur ASK konfrontiert neben der Einigkeit in den zuvor beschriebenen Phänomenen aber auch mit einer großen Vielfalt der theoretischen Bezugssysteme,

Techniken, Konzepte und Anwendungsbereiche. Es fällt auf, daß nur wenige Autoren versucht haben, die Technik der ASK auf einer breiteren, praxisorientierten Basis zu konzipieren. In der Mehrzahl befinden sich Beschreibungen von Autoren, die sich offensichtlich der Technik der ASK nur episodisch zugewandt haben und daher bei eher anekdotenhaften Beschreibungen blieben.

Einige Autoren experimentierten jedoch eingehender mit der ASK, setzten sich theoretisch mit ihrer Wirkungsweise auseinander und erarbeiteten Empfehlungen zur optimalen Anwendung dieser Interventionstechnik.

Zu diesen Autoren gehört z.B. ALGER (siehe S.18 ff., 47 ff., 56 ff., 63 ff.), der ausgedehnte Wirkungsanalysen unternommen hat und grundlegende Phänomene wie das "second chance phenomenon" oder "image impact" beschrieb, sich außerdem in seinen Studien mit unmittelbaren Effekten und Langzeiteffekten der ASK beschäftigt hat.

BERGER (siehe S.21 ff., 67 ff.) legte eine umfassende Theorie der ASK auf der Basis eines psychoanalytischen Ansatzes vor. Er experimentierte sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie und leitete wichtige therapeutische Wirkungsprinzipien der ASK ab, die sich auf grundlegende psychoanalytische Theoreme beziehen und hier unterstützend fungieren sollen.

BERGER entwickelte außerdem die Technik der "multiple image self-confrontation" (siehe S. 23) als Analogon zur Technik der freien Assoziation, um unbewußte Phantasien bezüglich der eigenen Person auszulösen.

BERGERS Vorgehen kann somit auf der Basis psychoanalytischen Therapieverständnisses interpretiert werden, während die Technik der anderen Autoren vorwiegend im Rahmen eklektisch orien-

tierter Therapieformen entwickelt wurde.

GEERTSMA & REIVICH (siehe S. 34 ff.) entwickelten zwar keine vollständige Theorie der ASK, machten jedoch auf einige wichtige Phänomene aufmerksam wie z.B. die Möglichkeit von Angstreaktionen durch das erste Playback und die Notwendigkeit der Auflösung dieser Angst durch entsprechende Techniken des Therapeuten und das Durcharbeiten der Gefühle, die durch die Selbstkonfrontation ausgelöst werden. Die Autoren betonen damit die wichtige Funktion des Therapeuten bei der ASK und weisen auf die Gefahr einer Anwendung der ASK ohne entsprechende therapeutische Bearbeitung und Unterstützung hin. Sie geben außerdem wichtige Hinweise darauf, welche Phasen der Patient bis zum erklärten therapeutischen Ziel der ASK, nämlich der objektiven und realitätsangepaßten Selbsteinschätzung durchläuft.

STOLLER (siehe S. 79 ff.) entwickelte eine umfassende Theorie der ASK in der Gruppentherapie. Er konzipierte vor allem die Technik des "Focused Feedback", mit der er auf die Notwendigkeit der therapeutisch-inhaltlichen Selektion von Sequenzen für die Konfrontation hinweist und dies theoretisch begründet. Neben der Entwicklung eines Drei-Phasen-Modells für die Anwendung der ASK in der Gruppe konzipierte STOLLER verschiedene Feedback-Arten mit entsprechenden Indikationskriterien für ihre Anwendung.

Die wohl umfassendste und am besten experimentell untermauerte Theorie der ASK wurde von KAGAN und seinen Mitarbeitern durch die Entwicklung des "Interpersonal Process Recall - IPR" vorgelegt (siehe S. 37 ff.). In einem umfangreichen dreibändigen Abschlußbericht beschreiben die Autoren die Ergebnisse ihrer elfjährigen Forschungsarbeit an dieser Technik, die sowohl für die Anwendung in der Therapieausbildung als auch als psychotherapeutische Technik im Umgang mit Patienten entwickelt wurde.

Wie bereits beschrieben, handelt es sich hier um eine Technik, die dazu konzipiert wurde, die Interaktionen zwischen zwei oder mehr Personen minutiös zu analysieren und die damit verbundenen Gefühle, Gedanken, Erwartungen etc. durcharbeiten mit dem Ziel der Bewußtwerdung und der Erarbeitung von Verhaltensalternativen.

Die Autoren leiteten aus ihren Studien ein Phasenmodell der Veränderung ab, die die Klienten während der IPR-unterstützten Therapie durchlaufen. Es handelt sich bei der IPR um die am genauesten entwickelte Technik der Audiovisuellen Selbstkonfrontation mit den umfassendsten Validierungsarbeiten und einer stringenten Theorie-Entwicklung.

Bezüglich der optimalen Technik der ASK besteht bei den verschiedenen Autoren eine größere Variationsbreite der Meinungen. Es wird eine Vielfalt von Techniken angeboten, die sich vor allem bezüglich der Länge der Konfrontationsszenen, der Häufigkeit der Konfrontation und dem Zeitpunkt (Timing) der Konfrontation unterscheiden.

Die **L ä n g e** der Konfrontationssequenzen variiert dabei zwischen einigen Minuten, der Beschränkung auf kurze Ausschnitte bis zur Wiedergabe der kompletten Sitzung, die bis zu 90 Minuten dauern kann.

Bezüglich der **F r e q u e n z** der ASK besteht Uneinigkeit darüber, ob sich eine möglichst häufige Konfrontation auf den Therapieprozeß eher unterstützend oder störend auswirkt und daher eine punktuelle, an bestimmten therapeutisch wichtigen Stellen verwendete ASK vorgezogen werden sollte.

Bezüglich dem **T i m i n g** der ASK unterscheiden sich die Autoren in eine Gruppe, die die ASK zeitlich unmittelbar an die therapeutische Sitzung anschließen ("immediate Playback"), in eine andere, die die ASK direkt in die Sitzung integriert und eine dritte, die sie zeitversetzt in einer von der eigentlichen therapeutischen Sitzung getrennten Sitzung vornimmt ("delayed Playback").

Diese technischen Probleme sind jedoch allesamt nicht experimentell untersucht worden. Es läßt sich allerdings ein Trend bei den Autoren feststellen, bestimmte Techniken aufgrund theoretischer Überlegungen zu bevorzugen.

So scheint sich bezüglich der *L ä n g e* der Konfrontation ein Konsensus derart abzuzeichnen, daß möglichst kurze Sequenzen bis max. 10 Minuten optimal seien. Die theoretischen Überlegungen gehen davon aus, daß durch lange Ausschnitte eine Überforderung der Aufnahmefähigkeit bei den Patienten entsteht und eine Art Überfütterung stattfindet, die nicht adäquat verarbeitet werden kann. Der kommunikative Inhalt ist bereits bei kurzen Sequenzen so vielschichtig, daß es oft notwendig ist, diese Szenen wiederholt anzusehen, um alle darin enthaltenen Inhalte, Gefühle, Gedanken etc. aufzuarbeiten. Es hat sich außerdem gezeigt, daß durch die Präsentation langer Sequenzen eine Konsumhaltung bei den Patienten eintritt, die einer bewußten Bearbeitung und Selbsterkenntnis durch die Konfrontation entgegenwirkt.

Bezüglich der *H ä u f i g k e i t* der ASK scheint sich die Auffassung durchzusetzen, daß dieser technische Aspekt nicht allgemeingültig zu konzipieren ist. Die theoretischen Überlegungen gehen hier davon aus, daß die Technik der ASK ein Mittel sein soll, um den psychotherapeutischen Prozeß zu unterstützen und daher optimal in diesem Prozeß integriert werden muß. Eine starre Handhabung der Häufigkeit im Sinne einer absoluten Empfehlung wäre daher fehl am Platz. Eine willkürlich eingesetzte ASK könnte den therapeutischen Prozeß eher unterbrechen als ihm förderlich sein. Die Empfehlungen gehen daher dahin, daß sich der Einsatz allein an der Notwendigkeit im Verlauf der Therapie und der Nützlichkeit bei psychodynamisch sinnvollen Situationen orientieren sollte, was jeder Therapeut bzw. Klient im Hier und Jetzt der Therapie entscheiden muß. Es wird daher bei den meisten Autoren der Zeitpunkt der ASK dem Bedürfnis des Einzelnen überlassen.

Ein Einwand gegen dieses Vorgehen besteht in der Überlegung, daß die ASK auf diese Weise in den Dienst der Abwehr gestellt werden könnte, indem z.B. dann ein Playback gewünscht wird, wenn gerade ein besonders unangenehmes Thema zur Sprache kommt, oder aber, daß gerade dann kein Playback gewünscht wird, wenn es besonders unangenehm wäre, mit der Szene noch einmal konfrontiert zu werden.

Dieser Einwand ist jedoch dadurch zu entkräften, daß man die ASK auf die zuvor beschriebene, individuell zu handhabende Weise mit der Direktiven für den Therapeuten verbindet, diesen Abwehr-Aspekt besonders gut zu beachten und zu bearbeiten.

Das Timing der ASK war Gegenstand sehr widersprüchlicher Diskussionen. Auf der einen Seite stehen Theoretiker, die die therapeutische Wirksamkeit nur bei unmittelbar an die Therapie anschließender ASK garantiert sehen. Sie argumentieren damit, daß der direkte emotionale Bezug zur Situation vorhanden sein muß, um die Gefühle und Gedanken zu verbalisieren und damit bearbeiten zu können.

Auf der anderen Seite stehen die Autoren, die die ASK in einer speziellen Sitzung zeitlich versetzt vornehmen. Sie sind der Auffassung, daß gerade die emotionale Verbindung mit der Situation überwunden werden muß, damit die ASK erfolgreich sein kann. Es wird hier davon ausgegangen, daß der emotionale Bezug eher hinderlich sein kann, da die Patienten dann wie in der Therapie selbst keinen inneren Abstand zur Situation haben können und damit keine kritische und realistische Selbstbeobachtung erfolgen könne.

Die Diskussion um das Timing der ASK wurde um eine dritte Variante erweitert, die dann aber auch gleichzeitig eine eindeutige Verlagerung des Problems ergab. Bei der Anwendung der ASK in kommunikativen Systemen wie Gruppe, Familie oder Ehe wurde die Notwendigkeit deutlich, das Feedback unmittelbar nach dem

Auftreten problematischen Verhaltens vorzunehmen. Denn Mißverständnisse innerhalb des kommunikativen Ablaufs bedürfen der sofortigen Klärung und hierfür ist das unmittelbar an dieser Stelle erfolgende Playback noch während der therapeutischen Sitzung unbedingt erforderlich.

Es wurde so deutlich, daß die verschiedenen Timings unterschiedliche Indikationen haben. Die während der therapeutischen Sitzung spontan angewandte ASK ist im o.g. Sinn zur unmittelbaren Klärung solcher interpersonaler Abläufe notwendig, die einen akuten Wert haben. Die an die therapeutische Sitzung zeitlich unmittelbar angefügte ASK von kurzen Sequenzen scheint eher zur genauen Analyse des gesamten Ablaufs der Sitzung und zum intensiven Durcharbeiten indiziert zu sein. Die zeitlich versetzte Anwendung wird allgemein zur Auslösung therapeutischer Einsicht nicht mehr anerkannt. Sie kann jedoch günstig sein, um dem Klienten den Prozeß zu verdeutlichen, den er in der Therapie bereits durchlaufen hat, indem man ihn mit früheren Aufnahmen konfrontiert. Somit hat ein solches Timing vorwiegend motivationale Zwecke.

Es fällt auf, daß insgesamt nur wenige kritische Anmerkungen zur Anwendung der ASK gemacht werden, besonders die so wichtigen Hinweise zur Kontraindikation werden nur sehr spärlich gegeben.

Vereinzelte Bemerkungen verschiedener Autoren machen jedoch deutlich, daß relative Kontraindikationen bezüglich der Anwendung durchaus bestehen. So weist z.B. BECK (siehe S. 65 f.) auf die Möglichkeit hin, daß bei schwer depressiven Patienten die ASK den Patienten noch mehr entmutigen könnte durch die Vermittlung seiner schlechten Verfassung. Bei hysterischen Patienten könne die ASK hysterische Reaktionsbereitschaften mobilisieren und verstärken. Außerdem habe sich gezeigt, daß die ASK für Patienten, deren Selbstbild vom Fremdbild stark abweicht, äußerst belastend sein kann und die Konfrontation angst-induzierend wirken könne.

Von Angstreaktionen bei der ersten Konfrontation berichteten auch GEERTSMA & REIVICH (siehe Seite 35) und machen damit gleichzeitig auf die Notwendigkeit aufmerksam, die Reaktionen auf die Konfrontation mit dem Klienten sorgfältig durchzuarbeiten.

BAHNSON (1969) wies darauf hin, daß bei Patienten mit geringer Ich-Stärke und brüchiger Abwehr die ASK leicht einen weiteren Zusammenbruch der Abwehr zur Folge haben könnte und verlangte eine genaue psychodynamische Diagnose der Patienten vor der Konfrontation, um diesen Risikofaktor auszuschließen.

In diesem Zusammenhang muß auch eine Beobachtung von ALKIRE & BRUNSE (1974) berücksichtigt werden, bei denen nach Anwendung von Audiovisueller Selbstkonfrontation in der Ehetherapie zwei Patienten Suizidversuche unternommen hatten, obwohl der kausale Zusammenhang mit der Konfrontation nicht eindeutig nachweisbar war (s.a. Beschreibung auf S. 108 ff.).

Auch andere Autoren weisen in Übereinstimmung hiermit darauf hin, daß die ASK eine belastende, angst-induzierende Erfahrung sein kann (z.B. HOLZMAN, 1969; MOORE, CHERNELL & WEST, 1965; NIELSEN, 1962 und DANET, 1968).

Da allgemein berichtet wird, daß die ASK eine abwehrschwächende Technik ist, muß allerdings für eine Kontraindikation davon ausgegangen werden, daß sie bei solchen Patienten nicht indiziert ist, wo die Abwehr bereits brüchig ist und eine Therapie eher eine abwehrstärkende Funktion haben sollte (wie z.B. bei Formen der Psychose). Auf der anderen Seite sollte die Tatsache, daß die ASK zunächst Angst mobilisieren kann, nicht als Argument dafür genommen werden, die ASK nicht zu verwenden. Insoweit die Patienten über ausreichende Ich-Stärke verfügen, wird sich die initiale Angst im Prozeß des Durcharbeitens auflösen.

Die Frage der Indikation und Kontraindikation ist damit jedoch noch nicht abschließend beantwortet. Allgemein kann aber gesagt werden, daß der Aspekt der Kontraindikation und der Gefahren bei der Anwendung der ASK in den bisherigen Beschreibungen noch zu wenig berücksichtigt wurde.

FULLER & MANNING beschrieben die Situation, in der sich der Therapeut mit der ASK befindet, 1972 wie folgt: "Self-confrontation now seems to us more promising than we dared to hope and more dangerous than we knew to fear" (S. 512). Dies hat wohl auch heute, sieben Jahre später, noch dieselbe Gültigkeit.

3.2 Experimentelle Arbeiten zur Wirkungsweise der ASK

Im folgenden sollen die wichtigsten experimentellen Arbeiten zur Wirkungsweise der Audiovisuellen Selbstkonfrontation dargestellt werden und im Anschluß daran eine Analyse dieser Arbeiten durchgeführt werden.

3.2.1 Experimentelle Arbeiten zur ASK in der Einzeltherapie

BAKER, UDIN & VOGLER (1972; 1975)

Die Autoren führten eine Untersuchung zur Behandlung von Alkoholikern durch, bei der die differentielle Wirkung von drei verschiedenen Treatmentbedingungen im Vergleich zur Audiovisuellen Selbstkonfrontation festgestellt werden sollte.

Je 10 Patienten wurden einer der folgenden vier experimentellen Bedingungen zugeordnet:

Gruppe 1: Videoselbstkonfrontation + Beratung

Gruppe 2: Modeling + Beratung

Gruppe 3: Beratung

Gruppe 4: Kontrollgruppe

Alle Patienten nahmen zunächst an zwei Trink-Sitzungen teil, in denen sie bis zu 1/4 l Alkohol zu sich nehmen durften. Anhand dieser Sitzungen wurde eine Verhaltens-Baseline bezüglich der folgenden drei abhängigen Variablen für jeden Patienten erstellt:

a) Anzahl der Drinks pro Sitzung,

b) Anzahl der Züge pro Drink,

c) Gesamtzeit eines Drinks.

Die ASK-Gruppe nahm danach an einer weiteren Trinksitzung teil, in der die Patienten bis zu 1/2 l trinken konnten. Diese Sitzung wurde aufgezeichnet und die Patienten wurden mit diesen Aufnahmen von ihrer Alkoholisierung vor den nächsten beiden Therapiesitzungen konfrontiert.

Die Modeling-Gruppe sah statt dessen zwei Modell-Filme vor den folgenden beiden Therapiesitzungen an, in denen die negativen Konsequenzen des Trinkverhaltens im sozialen Bereich und Positivbeispiele für Trinkverhalten gezeigt wurden.

Während die drei Experimentalgruppen 1 bis 3 an drei Therapiesitzungen von je zweistündiger Dauer teilnahmen, in denen vor allem eine Beratung bezüglich ihres Trinkverhaltens erfolgte, erhielt die Kontrollgruppe eine traditionelle Behandlung, die sich aus Gruppentherapie, Musiktherapie und freiwilligen Anonyme-Alkoholiker-Treffen zusammensetzte.

Nach Abschluß der Behandlung wurden wiederum zwei Trinksitzungen wie zu Beginn durchgeführt und die entsprechenden Verhaltensdaten der Patienten aufgezeichnet.

Die Analyse der Verhaltensdaten machte deutlich, daß Treatmentbedingung 1 (Kombination von Videoselbstkonfrontation mit beratenden therapeutischen Sitzungen) die effektivste Behandlungsart war, um positive Veränderungen des Trinkverhaltens auszulösen. Die Selbstkonfrontationspatienten brauchten nach der Therapie signifikant mehr Zeit, um ihren Drink zu konsumieren, konsumierten signifikant weniger Drinks als die Modeling-Patienten und erhöhten signifikant ihr Nippverhalten. Außerdem zeigte Gruppe 1 die beste Generalisierung auf das Trinkverhalten außerhalb der Gruppe. Auch im sechsmonatigen Follow-up blieb dieser signifikante Unterschied zu den anderen Gruppen erhalten.

Die Autoren ziehen aus ihren Ergebnissen den weiteren Schluß, daß die Video-Selbstkonfrontation in einigen früheren Untersuchungen aus dem Grund nicht als erfolgreich erschien, weil sie nicht gekoppelt wurde mit einer zusätzlichen therapeutischen Intervention oder Beratung. Die Autoren sind der Meinung, daß die Selbstkonfrontation jedoch nicht als eigene Therapiemethode zu verwenden ist, sondern als Interventionstechnik in den Therapieprozeß integriert sein muß (s.a. HOLZMAN, 1969; SCHAEFER, 1971).

BERMAN (1970)

Der Autor konzipierte die Anwendung von ASK als Technik zur Modifikation des Verlustes an Realitätskontakt und Ich-Grenzen bei schizophrenen Patienten. In seinem experimentellen Design wurden drei Gruppen von je 15 Probanden untersucht. Gruppe 1 wurde mit ASK behandelt, Gruppe 2 sah anstelle der Konfrontationssequenzen öffentliches Fernsehprogramm und Gruppe 3 bestand aus normalen Krankenhaus-Angestellten, erhielt aber ebenfalls ASK.

Hypothese der Untersuchung war, daß Gruppe 1 sich nach der ASK im Ausmaß der Störung des Realitätskontaktes und der Ich-Grenzen von Gruppe 2 deutlich unterscheiden würde und daß sich die Unterschiede zwischen Gruppe 1 und Gruppe 3 verringern würden. Die Variablen wurden untersucht mit dem Rorschach- und dem Wort-Assoziations-Test.

Die Untersuchung hatte die folgenden Resultate: Die Hypothese, daß die ASK Störungen der Ichfunktionen bei schizophrenen Patienten modifizieren würde, konnte nicht unterstützt werden. Es wurde weder ein signifikanter Unterschied zwischen den Testwerten vor und nach der ASK bei den schizophrenen Patienten festgestellt, noch ein Unterschied zwischen Gruppe 1 und 2 nach der Behandlung. Nur bezüglich Gruppe 3, bei den normalen Probanden, konnte eine signifikante Veränderung durch die ASK festgestellt werden.

Die Autoren interpretieren dieses überraschende Ergebnis in der Weise, daß die Technik der ASK möglicherweise für normale bis neurotische Personen geeigneter erscheint, um positive Veränderungen hervorzurufen als für schizophrene Patienten, die eventuell stark defensiv auf die Prozedur reagieren. Die Autoren beziehen außerdem eine entsprechende Modifikation der Technik als Konsequenz dieser Untersuchungsergebnisse ein, die die ASK auch für schizophrene Patienten effektiv machen könnte.

BOYD & SISNEY (1967)

BOYD & SISNEY beschäftigten sich mit der Wirkung der ASK auf Veränderungen im Selbstkonzept. Ausgehend von der Theorie ROGERS', daß verzerrte Selbst-Einschätzungen hoch korrelieren mit Verhaltensstörungen und unter Einbeziehung der kognitiven Dissonanztheorie FESTINGERS konnten die Autoren nachweisen, daß die Diskrepanz zwischen dem realen und dem idealen Selbst sich durch die Audiovisuelle Selbstkonfrontation verringert.

Je sieben Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie, Depression und allgemeinen Persönlichkeitsstörungen wurden einer Versuchs- und einer Kontrollgruppe zugeteilt. Die Patienten beider Versuchsgruppen wurden einem zehnminütigen standardisierten Interview unterzogen, das mit Video aufgenommen wurde. Die Experimentalgruppe wurde im Anschluß daran mit dieser Aufnahme konfrontiert und konnte mit dem Berater über die Gefühle während der Konfrontation sprechen. Die Kontrollgruppe sah anstelle dieser Aufnahme ein zehnminütiges Fernsehprogramm.

Vor und nach der Therapie schätzten die Patienten ihr Real- und ihr Idealselbst auf der ICL von LEARY ein. Drei Wochen später erfolgte eine dritte Selbsteinschätzung zur Kontrolle des Langzeiteffektes.

Die ASK produzierte anhand der Ergebnisse der Untersuchung eindeutige Veränderungen im Selbstkonzept der Patienten. Das pathologische Niveau der Teilnehmer der Experimentalgruppe wurde nach der Selbstkonfrontation weniger extrem als bei der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis blieb auch im Follow-up konstant. Bei der Experimentalgruppe näherten sich außerdem Real- und Ideal-Konzept einander an, während diese Tendenz bei der Kontrollgruppe nur ansatzweise zu beobachten war.

BRAUCHT (1970)

BRAUCHT untersuchte die Wirkung der ASK auf das Selbstkonzept von schizophrenen Patienten. Er wählte dabei als unabhängige Variable nicht das traditionelle Kriterium des "self-esteem" an, das in den meisten Untersuchungen des Selbstkonzepts verwendet wird, sondern die Variable der "Genauigkeit des Selbstkonzepts", die er operational definiert als Übereinstimmung der Selbstkonzepteinschätzung durch den Patienten mit dem Rating von unabhängigen Beobachtern. Grund für dieses Vorgehen war die Beobachtung, daß bei der Anwendung von "Self-Esteem"-Messungen manche Patienten mit positiven Veränderungen, manche mit negativen Veränderungen oder manche mit gar keinen Veränderungen reagierten und bei Anwendung einer Mittel-Scores sich diese Tendenzen gegenseitig aufheben und somit das Ergebnis erscheint, daß die ASK keine Auswirkungen hatte. Mit der Variablen "Genauigkeit des SK" versucht der Autor, dieses Problem zu überwinden.

73 schizophrene Patienten wurden einer Experimental- und einer Kontrollgruppe zugeordnet. In kleinen Gruppen wurde über bestimmte Themen gesprochen und diese 15 - 20minütige Diskussion aufgezeichnet. Die Experimentalgruppe wurde anschließend mit dem Playback konfrontiert, während die Kontrollgruppe diese Aufnahmen nicht sah. Vor und nach dieser Sitzung füllten die Patienten beider Gruppen zwei Fragebögen zur Selbsteinschätzung aus.

Anhand der Videoaufnahmen schätzten unabhängige Beobachter jeden einzelnen Patienten auf verschiedenen Variablen ein, die nachher mit den Selbsteinschätzungen der Patienten verglichen und zu einem Genauigkeits-Maß verarbeitet wurden.

Das Ergebnis der Untersuchung war, daß die Selbstkonfrontations-Behandlung extrem effektiv war, um die Genauigkeit in der Selbstbeschreibung der schizophrenen Patienten zu verbessern. Ein weiteres Ergebnis war, daß die Effektivität umso höher war, je schwerer und chronischer die Symptomatik des Patienten war.

MOORE, CHERNELL & WEST (1965)

Die Autoren führten ein kontrolliertes Experiment mit zwei Versuchsgruppen zur Untersuchung der Wirksamkeit Audiovisueller Selbstkonfrontationen durch. Jede Gruppe bestand aus 40 psychiatrischen Patienten mit den unterschiedlichsten Diagnosen bei Überwiegen von depressiver und schizophrener Symptomatik. Beide Gruppen wurden während ihren therapeutischen Sitzungen aufgenommen, jedoch nur eine Gruppe wurde anschließend mit den Aufzeichnungen konfrontiert. Während des Playbacks wurden die Kommentare und Reaktionen der konfrontierten Patienten aufgenommen.

Die Patienten beider Gruppen wurden dann anhand von Ärzte-Ratings miteinander verglichen, wobei jeder Proband in ein Schema je nach Veränderungsgrad durch die Behandlung von "unverändert" bis "sehr gebessert" und "geheilt" eingeordnet wurde.

Ergebnis dieser Untersuchung war, daß 50 % der Konfrontationsgruppe als "maximal gebessert" eingeschätzt wurde, während bei den Patienten der Kontrollgruppe 50 % nur als "wenig gebessert" eingeschätzt wurden. Aus diesem Ergebnis zogen die Autoren den Schluß, daß die Selbstkonfrontation den klinischen Verlauf der Störung von psychiatrischen Patienten verändern und eine Wirkung auf das Ausmaß der Besserung haben kann.

MERMELSTEIN (1968)

MERMELSTEIN untersuchte die therapeutische Effektivität der ASK in der Modifikation des pathologischen Körperbilds von schizophrenen Patienten. 20 Patienten und 20 normale Krankenhausangestellte einer neuropsychiatrischen Klinik wurden mit ASK behandelt. In einem Pre-Post-Design wurden sechs verschiedene Körperbildvariablen untersucht.

Die Hypothese für dieses Vorgehen, daß sich durch die ASK das Körperbild der Schizophrenen positiv verändert, wurde durch die Daten teilweise bestätigt. Es gab eine ganze Anzahl von signifikanten Veränderungen.

Die Hypothese, daß durch die ASK das Körperbild von schizophrenen Patienten so stark verändert wurde, daß signifikante Unterschiede zu den normalen Probanden verschwinden würden, konnte anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung nicht bestätigt werden.

Der Autor schließt aus diesen Ergebnissen, daß die Audiovisuelle Selbstkonfrontation positive Veränderungen im Körperbild schizophrener Patienten auslösen kann, daß aber auch bei normalen Patienten solche Veränderungen verursacht werden.

3.2.2 Experimentelle Arbeiten zur ASK in der Ehe-therapie

ALKIRE & BRUNSE (1974)

Die beiden Autoren untersuchten mögliche negative Auswirkungen des Videofeedbacks im Rahmen der Beratung von Ehepaaren, bei denen sich jeweils ein Partner in psychiatrischer Behandlung befand.

Zwei Gruppen von je drei Ehepaaren trafen sich sechs Monate lang jeweils einmal wöchentlich zu einer gemeinsamen Therapie. Zwei andere Gruppen, bestehend aus jeweils sechs psychiatrischen Einzelpatienten fungierten als Kontrollgruppen, die eine mit und die andere ohne Videofeedback. Je zwei Patienten wurden dabei zu einer Dyade zusammengestellt.

Die Ehepaare der Experimentalgruppe und die Dyaden der Kontrollgruppen hatten die Aufgabe, Rollenspiele bezüglich spezifischer Konfliktthemen durchzuführen, die videografiert und eine Woche später im Playback gezeigt wurden.

Jeweils zwei zufällig ausgewählte Segmente der Rollenspiele wurden der Gruppe im Playback gezeigt. Die Gruppe diskutierte anschließend diese Sequenzen, wobei der Therapeut während der Konfrontationssitzung keinen Kommentar oder Intervention abgab, um den eigentlichen Effekt des Feedbacks nicht zu verwischen.

Neben der Beobachtung objektiv erfaßbarer negativer Auswirkungen wie Scheidung der Ehe oder erneute Hospitalisierung des gestörten Partners wurde die Wirkung der Selbstkonfrontation auf das Selbstbild der Patienten mittels zweier Selbstkonzept-Messungen untersucht.

Es zeigten sich die folgenden Ergebnisse: Von neun mit Videofeedback behandelten Ehepaaren zeigten sich bei sechs Paaren negative Auswirkungen wie Scheidung, Trennung, erneute Hospitalisierung und sogar zwei Suizidversuche. Ein Vergleich mit 41 mit traditioneller Partnertherapie behandelten Paaren zeigte nur sieben negative Ereignisse.

Bezüglich der Selbstkonzeptmessungen ergab sich in den Experimentalgruppen auf dem Meßinstrument bei sechs Probanden eine positive und bei vier Probanden eine negative Veränderung. Auf dem anderen Meßinstrument erfolgte bei sieben Probanden eine negative Veränderung und nur bei zwei Probanden eine positive Veränderung. Bei den Kontrollgruppen wurde bei der Video-Feedback-Bedingung bei allen sechs Patienten eine positive Selbstkonzeptveränderung bei beiden Messungen festgestellt, während bei der Non-Feedback-Bedingung nur bei einem Patienten eine positive Veränderung erfolgte.

Die Autoren bieten für ihre Ergebnisse folgende Erklärung an: Der Inhalt des Videofeedbacks war für die Paare jeweils hoch brisant. Da jedoch während dieser Konfrontationsphase keine therapeutischen Interventionen erfolgten, die diese Brisanz hätten auflösen und therapeutisch nutzen können, führte dies

zu einer wie bei YALOM & LIEBERMAN (1971) beschriebenen "high-risk casualty group" (S. 209). D.h. die Partner wurden mit ihren Problemen zwar stark konfrontiert, was eine enorme Wirkung hatte, die Probleme wurden jedoch nicht therapeutisch aufgefangen und verarbeitet, so daß bei den Partnern ein Gefühl von Hilflosigkeit und Machtlosigkeit ihren Problemen gegenüber entstand. Durch diese mangelnde Auflösung des Konfliktpotentials wurde die Selbstkonfrontation eher zu einer spannungssteigernden Technik, die nur mit den negativen Aspekten des eigenen Verhaltens konfrontierte, ohne aber zu einer Lösung der Konflikte beizutragen. Die gesamte Situation wurde so für den Patienten eher auswegloser.

Es ist außerdem nach Ansicht der Autoren wahrscheinlich, daß die negativen Auswirkungen auch mit der Auswahl der Patienten zusammenhängt. Die jeweils identifizierten Patienten in der Partnerschaft waren ja psychiatrische Patienten mit vermutlich schwach ausgebildeter Ich-Stärke, denen die harte und ohne therapeutische Hilfe angewandte Selbstkonfrontationstechnik nicht unbedingt zugemutet werden kann, da eine Dekompensation möglich ist. Hier hätten außerdem die Selbstkonfrontationsszenen entsprechend der individuellen Belastbarkeit des Patienten ausgewählt werden müssen.

ANDES (1974)

ANDES untersuchte die Wirkung eines "Workshops" zur Verbesserung kommunikativer Fähigkeiten bei Ehepartnern durch Videofeedback. Für die Untersuchung trafen sich sechs Paare jeweils einmal wöchentlich für eine zweistündige Sitzung während insgesamt acht Wochen. Während der Sitzungen erfolgte ein Training spezifischer Verhaltensweisen mit anschließendem Videofeedback.

Anhand von vier Meßinstrumenten (zwei Fragebögen und zwei Verhaltensbeobachtungen) wurden die Veränderungen im kommunika-

tiven Verhalten der Paare vorher und nachher gemessen. Die Kommunikation der Paare verbesserte sich durch die experimentelle Prozedur signifikant und blieb auch im Follow-up nach vier Monaten unverändert stabil.

Leider ist jedoch aufgrund dieser Untersuchung keine Aussage bezüglich der relativen Wirksamkeit der ASK im Vergleich zu anderen ehetherapeutischen Methoden möglich, da keine Kontrollgruppe ohne Videofeedback untersucht wurde. Es ist so nicht schlüssig, ob die positive Veränderung durch die Behandlung auf das Videofeedback zurückgeht oder aber auf das Training der kommunikativen Verhaltensweisen in den Therapiesitzungen.

EDELSON & SEIDMAN (1975)

Die Autoren untersuchten die Wirkung von fokussiertem Videofeedback im Vergleich zu verbalem bzw. gar keinem Feedback im Rahmen eines Therapie-Analog-Experiments mit 38 jungen Ehepaaren. Als Therapie-Analog-Situation wurde ein Kommunikationspiel verwendet, in dem für verschiedene Probleme Lösungen gefunden werden mußten. Die Durchführung des Spiels wurde auf Videoband aufgezeichnet. Unmittelbar anschließend daran wurde jedes Paar mit einem der folgenden drei Treatments behandelt:

Gruppe 1: Fokussiertes Videofeedback + fokussiertes verbales Feedback

Gruppe 2: Fokussiertes verbales Feedback

Gruppe 3: Kontrollgruppe ohne Feedback

Bei beiden Feedback-Bedingungen erhielten die Teilnehmer eine Selbstkonfrontation mit insgesamt drei Abschnitten ihrer Interaktion. Der erste Abschnitt stammt aus der Initialphase der Interaktion, der zweite Abschnitt aus der erfolgreichsten Lösungssequenz der gesamten Diskussion und der dritte aus der

am wenigsten erfolgreichen Lösungsperiode, definiert als eine Zeitspanne, in der die wenigsten richtigen Lösungswege gefunden wurden.

Während in der Videofeedback-Gruppe die Videoaufnahmen im Playback gezeigt wurden, erhielten die Teilnehmer der Gruppe 2 nur ein verbales Feedback dieser oben beschriebenen Sequenzen. In der Kontrollgruppe wurde anstelle des Feedbacks ein Comicfilm gezeigt.

Als abhängige Meßvariable entwickelten die Autoren aus dem IPR von LAING und der "Interpersonal Checklist" von LEARY ein eigenes Meßinstrument ("Perspectives of Interactional Behavior"), das vor und nach der experimentellen Sitzung angewandt wurde.

Die Untersuchung hatte das Ergebnis, daß die größten Veränderungen des interpersonalen Verhaltens bei Gruppe 1 (Videofeedback + verbales Feedback) erfolgte, die wesentlich größer als die Veränderungen bei Gruppe 2 (verbales Feedback) waren. Die Unterschiede zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 erwiesen sich jedoch nicht als statistisch signifikant.

In dieser Untersuchung stellt sich somit das Fokussierte Videofeedback, in der Kombination mit dem verbalen Feedback als wirksamste Technik heraus, um Interpersonelles Verhalten zwischen Ehepartnern zu verändern.

EISLER & HERGEN (1973)

Die Autoren untersuchten in einer Therapie-Analog-Studie die isolierte und kombinierte Wirkung von Videofeedback und fokussierter Instruktion auf die Veränderung von zwei spezifischen nonverbalen Verhaltensweisen von 12 Ehepaaren, nämlich "Blickkontakt" und "Anlächeln".

Jeweils drei Paare wurden abwechselnd einer von vier experimentellen Bedingungen zugeordnet:

Gruppe 1: Videofeedback allein

Gruppe 2: Irrelevantes TV-Programm

Gruppe 3: Videofeedback + fokussierte Instruktion

Gruppe 4: Fokussierte Instruktion allein.

Dabei sah die Behandlung in den vier Gruppen wie folgt aus:

Gruppe 1: Während einer sechsminütigen Baseline-Interaktion wurden die Paare instruiert, sich über ein vorher ausgewähltes Thema zu unterhalten. Die anschließende Feedback-Phase bestand aus drei verschiedenen, jeweils zweiminütigen Playbacks mit jeweils anschließender zweiminütiger Interaktion.

Gruppe 2: Die Prozedur war dieselbe wie bei Gruppe 1, anstelle der Selbstkonfrontation erfolgte jedoch die Konfrontation mit irrelevantem TV-Programm.

Gruppe 3: Die Prozedur war wiederum dieselbe wie bei Gruppe 1, mit der Ausnahme, daß für die Videofeedbackphase die folgende fokussierte Instruktion erteilt wurde: "Achten Sie darauf, wie oft Sie sich anschauen und wie oft Sie sich anlächeln".

Gruppe 4: Dieselbe Prozedur wie bei Gruppe 1, außer daß kein Videofeedback erfolgte, sondern während der Baseline-Interaktion Phasen mit fokussierter Instruktion (wie oben) eingeführt wurden.

Jede Phase wurde von zwei Beobachtern unabhängig eingeschätzt, wobei die Häufigkeit der Ziel-Verhaltensweisen beobachtet wurde.

Die Resultate der Untersuchung weisen darauf hin, daß Videofeedback ohne spezifische Instruktion die nonverbale Inter-

aktion bezüglich der beiden beobachteten Verhaltensvariablen leicht erhöhte. Eine einfache Instruktion der oben beschriebenen Art jedoch war effektiver, um diese Verhaltensweisen zu modifizieren. Die Kombination von Videofeedback und fokussierter Instruktion schien der Bedingung "Fokussierte Instruktion allein" in der Modifikation spezifischer Verhaltensweisen nicht überlegen zu sein, wirkte sich jedoch positiver auch auf andere Verhaltensweisen aus.

Die Autoren merken zu ihrer Therapie-Analog-Studie kritisch an, daß insgesamt nur eine Gesamtzeit von sechs Minuten Videofeedback verwendet wurde, außerdem die Paare keine Patienten und somit zur Veränderung nicht hoch motiviert waren. Die Autoren räumen ein, daß mit längeren Feedbackphasen und höherer Motivation für die Behandlung die Resultate anders ausfallen könnten.

Anhand der vorliegenden Untersuchung scheint Videofeedback für spezifische, eng umschriebene Verhaltensänderungen kein qualitativ besseres Potential zu besitzen als simple Verhaltensinstruktionen, aber für die Bewirkung breiterer Verhaltensänderungen besser geeignet zu sein.

VAN ZOOST (1973)

Die Autorin entwickelte ein Programm zum Training kommunikativer Fähigkeiten bei Ehepaaren und untersuchte seine Wirksamkeit in einer Validierungsstudie.

Sechs Paare im Alter zwischen 19 und 27 nahmen an dem folgenden Behandlungsprogramm teil:

Sitzung 1: Jedes Paar trifft sich allein mit einem Berater, von dem es aufgefordert wird, ein zehnminütiges Gespräch zu führen, das möglichst so verlaufen

sollte, wie die Partner normalerweise miteinander kommunizieren. Dieses Gespräch wird mit Video aufgezeichnet und dem Paar unmittelbar danach gezeigt. Anschließend erfolgt eine Diskussion der aufgezeichneten Kommunikation.

Sitzung 2: Jeweils drei Paare formieren eine Gruppe, in der der Therapeut Informationen über nonverbales Kommunikationsverhalten gibt und anhand von video-grafierten Beispielen illustriert. Je zwei Personen werden dann aufgefordert, sich in einem Gespräch zu engagieren, während eine dritte Person sie dabei beobachtet und ihnen anschließend ein Feedback bezüglich ihrer nonverbalen Kommunikation gibt.

Sitzung 3: Der Therapeut skizziert Merkmale guter Kommunikation und führt aus den aufgezeichneten Interaktionen der Paare Beispiele vor, die er mit den Teilnehmern diskutiert.

Sitzung 4: Den Teilnehmern wird ein Film demonstriert, in dem der adäquate Umgang mit Partnerkonflikten dargestellt ist. Anschließend erfolgt eine Diskussion des Films.

Sitzung 5: Die Ehepartner machen gegenseitige Feedback-Übungen.

Vor und nach dem Behandlungsprogramm wurden den Klienten vier Fragebögen vorgelegt ("Affective-Sensitivity-Scale" von DANISH & KAGAN; "Self-disclosure Questionnaire" von JOURARD & LASAKOW; "Marital Communication Inventory (MCI)" von BIENVENU und ein "Communication Knowledge Test").

Die Resultate weisen darauf hin, daß das Programm sowohl das Wissen über Kommunikationsabläufe signifikant verbesserte als auch das Ausmaß an Selbstmitteilung und Offenheit zwi-

schen den Partnern erhöhte.

Scores auf dem MCI veränderten sich durch das Programm nicht signifikant. Die Autorin interpretiert dieses Ergebnis so, daß durch die größere Bewußtheit für Kommunikationsverhalten die Teilnehmer ihrem eigenen Verhalten gegenüber kritischer wurden und so die Testwerte im MCI nach dem Programm auf stringenteren Kriterien basierten als die Einschätzungen vor der Anwendung des Programms.

Scores auf der "Affective-Sensitivity-Scale" veränderten sich durch die Behandlung ebenfalls nicht. VAN ZOOST nimmt hier an, daß diese Messung sich eher für Berater-Training eignet als für spezifische Kommunikations-Kurse.

Die Teilnehmer bewerteten die einzelnen Teile des Programms auf einer Rangskala. Es wurde dabei evident, daß sie am meisten davon profitierten, sich selbst in Interaktion mit dem Partner auf dem Videoband zu sehen. Feedback dieser Art schien die größte Wirkung des gesamten Programms zu haben und vor allem auch verbalem Feedback deutlich überlegen zu sein.

Leider besitzt die Untersuchung von VAN ZOOST keinen Aussagewert über die vergleichsweise Wirkung der Audiovisuellen Selbstkonfrontation in bezug auf andere partnertherapeutischen Behandlungstechniken. Die subjektiven Aussagen der Teilnehmer über die relative Wirkung der ASK ist sicher ein wichtiger Hinweis auf die persönliche Relevanz des Videofeedbacks, verglichen mit den anderen Behandlungstechniken im Rahmen dieses Programms, hat aber leider keinen unmittelbaren Aussagewert über den objektiven Effekt der ASK.

3.2.3 Experimentelle Arbeiten zur ASK in der Familientherapie

Im Bereich der Verwendung Audiovisueller Selbstkonfrontation in der Familientherapie habe ich nur eine (bereits ältere) Untersuchung finden können. Bisher sind mir keine weiteren Veröffentlichungen bekannt.

KASWAN & LOVE (1969)

Die Autoren untersuchten den Effekt von drei verschiedenen Typen psychotherapeutischer Interventionen: der traditionellen Kindertherapie, der Elternberatung und der Familien-Konfrontations-Therapie, kombiniert mit einer Schul-Beratung.

Jeweils 30 Schulkinder aus einer Stichprobe von 90 emotional oder verhaltensgestörten Kindern im Alter von acht bis dreizehn Jahren wurden den drei verschiedenen Treatmentbedingungen zugeordnet. Es erfolgte eine Parallelisierung nach Alter, Geschlecht, intellektueller Begabung, sozio-ökonomischem Niveau und Art der Störung.

Vor der Behandlung wurden jedem Familienmitglied einschließlich dem gestörten Kind eine Adjektiv-Rating-Skala vorgelegt, mit der Instruktion, sich selbst und die anderen Familienmitglieder einzuschätzen. Lehrer bzw. Eltern des Kindes füllten außerdem eine Rating-Skala über das Verhalten des Kindes in der Schule bzw. zu Hause aus.

Jede Familie wurde 20 Minuten lang im Wartezimmer mit Video aufgenommen. Die Konfrontationsgruppe wurde später mit diesen Aufnahmen konfrontiert. Anhand der Aufnahmen erfolgte außerdem eine Diskussion der in der Familie ablaufenden Interaktionen und Dynamik.

Nach Beendigung der einzelnen Treatments wurden die vor der Therapie durchgeführten Einschätzungen auf den Rating-Skalen erneut vorgenommen.

KASWAN & LOVE konnten als Ergebnis dieser Untersuchung positive Verhaltensänderungen bei allen drei Behandlungsgruppen feststellen, allerdings unterschieden sie sich im Ausmaß der Verbesserung. Während die Eltern-Beratungs-Gruppe eine Besserungsrate von 50 % erzielte, veränderten sich bei der Kindertherapie-Gruppe 67 % der Kinder, aber in der Familien-Konfrontationsgruppe sogar 87 % der Kinder in ihrem häuslichen und schulischen Verhalten. Die gegenseitigen Ratings innerhalb der Familie wurden in einem ähnlich unterschiedlichen Ausmaß realitätsangepaßter.

KASWAN & LOVE werten ihre Ergebnisse als Hinweis auf den therapeutischen Nutzen einer mit Audiovisueller Selbstkonfrontation kombinierten Familientherapie.

3.2.4 Experimentelle Arbeiten zur ASK in der Gruppentherapie

ANDERSON et al. (1970)

ANDERSON und Mitarbeiter untersuchten den Effekt von Video-Feedback bei T-Gruppen, in denen Interpersonale Beziehungen und Fähigkeiten verbessert werden sollten.

Die 48 Teilnehmer (Nicht-Patienten) wurden zufällig auf vier Gruppen verteilt, die sich jeweils für sechs dreistündige Sitzungen trafen. Zwei Experimentalgruppen wurden während ihren Sitzungen videografiert und unmittelbar im Anschluß an die Sitzungen mit dem Playback von ausgesuchten Sequenzen konfrontiert. In diesen Sitzungen wurde die erste Hälfte der Zeit für die Gruppeninteraktion und die andere Hälfte für die Konfrontation verwendet. Für die Selektion der Konfrontations-szenen gab es keine spezifizierten Kriterien; der Gruppenleiter machte sich während der Sitzung Notizen über die ihm signifikant erscheinenden Interaktionssequenzen. Diese Ausschnitte wurden dann gezeigt und anschließend erfolgte eine Diskussion der gesehenen Sequenzen.

Die beiden anderen Gruppen fungierten als Kontrollgruppen, die sich ebenfalls für sechs dreistündige Sitzungen trafen, die jedoch nicht videografiert und konfrontiert wurden.

Die Probanden wurden vor Beginn und nach Abschluß der T-Gruppe, sowie nach einem viermonatigen Follow-up mit einem Persönlichkeitsfragebogen und drei verschiedenen Interpersonalen Fragebögen untersucht, die Daten mit univariaten und multivariaten Verfahren analysiert.

Die Daten der statistischen Analyse ergaben keine Evidenz dafür, daß die Verwendung von Video-Feedback in T-Gruppen die Ergebnisse eines Interpersonellen Beziehungstrainings signifikant verbessert. Die Ergebnisse von Experimental- und Kontroll-Gruppen zeigen keine differentiellen Treatment-Effekte; alle Gruppen erreichten gleichermaßen signifikante Veränderungen auf sechs der 14 Variablen.

Die Autoren folgerten aus ihren Ergebnissen: "There is still little or no empirical support for the efficacy of video-tape feedback as a therapeutic agent in groups" (S. 174).

BAUMAN (1972)

BAUMAN untersuchte die Wirkung von Timing-Variationen des Videofeedbacks auf das verbale Verhalten der Teilnehmer an einer Gruppentherapie. Hierfür wurden 32 Studenten zufällig vier Gruppen zugeordnet. Die Untersuchung erstreckte sich über drei wöchentliche Gruppensitzungen. Die experimentelle Variation war wie folgt:

Gruppe 1: "Immediate Videotape feedback treatment" (IVF)
15 Minuten der Gruppen-Interaktion wurden videografiert, unmittelbar an die Sitzung schließt die Selbstkonfrontation an.

Gruppe 2: "Delayed videotape feedback treatment" (DVF)
15 Minuten der Gruppen-Interaktion werden videografiert, eine Woche später erfolgt das Video-Feedback.

Gruppe 3: "Simultaneous videotape feedback treatment" (SVF)
15 Minuten der Gruppen-Interaktion wurden videografiert, die Aufnahmen werden simultan während der Aufnahme übertragen.

Gruppe 4: "Non videotape feedback (control) treatment" (NVF)
Kontrollgruppe ohne Video-Feedback.

Die Hypothese der Untersuchung war, daß die drei Experimentalgruppen mehr therapeutisch-relevantes verbales Verhalten unter den Gruppenmitgliedern auslösen würden als die Kontrollgruppe. Außerdem wurde angenommen, daß innerhalb der Experimentalgruppen die IVF-Behandlung die größte Veränderung auslösen würde, danach die DVF und zuletzt die SVF-Bedingung. Das verbale Verhalten der Gruppenmitglieder wurde mit Hilfe einer Interaktionsmatrix erfaßt.

Die Resultate der Varianzanalyse der Daten ergaben keine signifikanten Unterschiede im verbalen Verhalten zwischen den vier Gruppen. Die Kontrollgruppe zeigte sogar tendenziell (jedoch nicht signifikant) ein höheres Ausmaß des untersuchten Verhaltens als jede der drei Experimentalgruppen.

BAUMAN folgerte hieraus, daß unabhängig von der Zeit-Variation die Verwendung von Video-Feedback in dieser Studie keine signifikante Wirkung auf das therapeutisch relevante verbale Verhalten der Gruppenmitglieder hatte.

Die Beobachtungen der Gruppenleiter zeigten allerdings, daß die Präsenz der Videoausrüstung und die Rigidität der experimentellen Bedingungen eine deutliche Ängstlichkeit bei den

Teilnehmern der Experimentalgruppen hervorrief. Aufgrund dieser Ängstlichkeit, so folgte BAUMAN, können keine Folgerungen bezüglich der relativen Effektivität des Videofeedbacks und der Zeitvariationen des Feedbacks erfolgen.

BAUMAN folgte aus seiner Untersuchung weiter, daß die folgenden beiden Punkte für die Verwendung von Videofeedback berücksichtigt werden müßten, die in seinem experimentellen Design zu wenig beachtet wurden:

1. Verwendung einer strukturierten Diskussion der Feedback-Sequenzen im Anschluß an die Konfrontation;
2. Selektion von therapeutisch relevanten Sequenzen für das Feedback.

DANET (1967; 1968; 1969a; 1969b)

Bei den Untersuchungen von DANET über die therapeutischen Möglichkeiten der Selbstkonfrontation in der Gruppentherapie wurden 14 neurotische Patienten auf eine Experimental- und eine Kontrollgruppe verteilt. Beide Gruppen trafen sich wöchentlich für eine Stunde während insgesamt neun Wochen. Alle Sitzungen wurden aufgezeichnet. Die Experimentalgruppe begann jede Sitzung mit einem Video-Feedback der letzten 10 Minuten der vorangegangenen Sitzung. Die Kontrollgruppe erhielt kein Video-Feedback.

Der Autor führt an, daß mangelnde Selektionskriterien für die Auswahl der Teilnehmer dazu führte, daß die Gruppen bei Beginn der Therapie nicht vergleichbar waren und daher die Ergebnisse bezüglich der Gruppenvergleiche schwierig zu interpretieren waren.

DANET erhob vor und nach der Therapie vier Arten von Daten: den MMPI, einen Fragebogen mit soziometrischen Items, bewertende Ratings über Gruppenprozeßdaten anhand der Videobänder und Interviews mit den Patienten nach der Therapie, die die

subjektiven Reaktionen auf die Behandlung einschätzen sollten.

Anhand der Ergebnisse zeigte sich, daß beide Gruppen kohäsiv wurden, jedoch in unterschiedlicher Weise. Während die Experimentalgruppe eine schnellere Kohäsion bezüglich der aufgabenbezogenen Dimensionen des Fragebogens zeigte, erreichte die Kontrollgruppe eine schnellere Kohäsion bezüglich den emotional-affektiven Dimensionen des Fragebogens. Ein weiteres Ergebnis war, daß die Patienten der Experimentalgruppe eher zu negativen Selbstbewertungen bezüglich ihrem Therapieerfolg kamen, während die Kontrollgruppe sich positiver einschätzte.

DANET erklärte diese Ergebnisse mit der Annahme, daß durch die ASK eine angstinduzierende Situation hergestellt wurde, in der sich die Probanden unwohl und unfrei fühlten. Er nimmt weiter an, daß das Playback eine so direkte und schwer zu verleugnende Erfahrung darstellt, daß der konfrontierte Patient über eine relative Ich-Stärke verfügen muß, damit er diese Erfahrung aufnehmen und verarbeiten kann.

Aus diesem Grund kommt DANET zu dem Schluß, daß es von elementarer Voraussetzung für eine positive Auswirkung des Video-Playbacks ist, wie der Therapeut mit dem Playback umgehen kann.

ENNIS (1973)

ENNIS untersuchte die Wirkung von Videofeedback gegenüber verbalem Feedback auf das Verhalten von schizophrenen Patienten in der Gruppentherapie. 48 Patienten wurden hierfür entweder einer Gruppentherapie mit ASK oder mit verbalem Feedback zugeordnet. Das Verhalten in der Gruppe wurde anhand der Videoaufzeichnungen von unabhängigen Ratern eingeschätzt, außerdem wurde den Patienten eine Self-Rating-Skala bezüglich ihrem Verhalten vorgelegt.

Die Resultate der Datenanalyse zeigten allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen durch die Behandlung. Es fanden zwar in beiden Gruppen positive Veränderungen statt, jedoch machte keine Gruppe mehr Fortschritte als die andere.

GERSZWESKI (1972)

Ziel der Untersuchung von GERSZWESKI war festzustellen, ob Videofeedback in Verbindung mit fokaler Instruktion ("Instructional focused cue") die verbalen Gefühlsäußerungen in der Gruppe positiv beeinflusst.

28 College Studenten wurden vier Therapiegruppen zugeteilt, die sich sieben Wochen lang wöchentlich einmal trafen. Die experimentelle Variation in den Gruppen war wie folgt:

Gruppe 1: Die Therapiesitzungen wurden mit Video aufgenommen. Unmittelbar danach erfolgte die Konfrontation mit der Instruktion an die Patienten, auf ihre Gefühlsäußerungen in der Gruppe zu achten.

Gruppe 2: Die Therapiesitzungen wurden ebenfalls mit Video aufgenommen. Unmittelbar an die Sitzung erfolgte wiederum die Selbstkonfrontation, allerdings ohne spezielle Instruktion.

Gruppe 3: Die Therapiesitzungen wurden mit Video aufgenommen, allerdings erfolgte keine Konfrontation der Patienten mit diesen Aufnahmen.

Gruppe 4: Kontrollgruppe ohne Aufnahme.

Drei Rater beurteilten unabhängig voneinander zufällige Ausschnitte aus Tonbandaufzeichnungen der Gruppensitzungen bezüglich drei verbaler Variablen: positiv-warme Gefühlsäußerungen, feindselige Gefühlsäußerungen, Vermeidung von Gefühlsäußerungen.

Die Daten wurden mit Varianzanalyse ausgewertet.

Die Untersuchung hatte die folgenden Ergebnisse:

Variable Wärme: Gruppe 1 erzielte signifikant höhere Scores als alle anderen Gruppen. Gruppe 2 hatte signifikant höhere Scores als Gruppe 3 und 4.

Variable Feinseligkeit: Gruppe 3 hatte signifikant höhere Scores als alle anderen Gruppen; Gruppe 1 hatte signifikant höhere Scores als Gruppe 4.

Variable Vermeidung: Gruppe 1 hatte signifikant höhere Scores als alle anderen Gruppen; Gruppe 4 hatte signifikant höhere Scores als alle anderen Gruppen.

GERSZWESKI zog aus diesen Ergebnissen die folgenden Schlußfolgerungen:

1. Videofeedback in Verbindung mit fokaler Instruktion beeinflusst die Gruppeninteraktion insofern, als es zu einem verstärkten Ausdruck von positiven wie auch negativen Gefühlen und zu weniger Vermeidung von Gefühlsäußerungen führt.
2. Videofeedback ohne fokale Instruktion beeinflusst die Gruppeninteraktion insofern, als es zur verstärkten Äußerung positiver Gefühle führt.
3. Videoaufzeichnung von Gruppensitzungen ohne anschließendes Playback führt zu einem verstärkten Ausdruck negativer Gefühle.

4. Gruppeninteraktion ohne Behandlung durch Videofeedback wird charakterisiert durch ein größeres Ausmaß an Vermeidung jeglicher Gefühlsäußerungen.

Die allgemeinste Schlußfolgerung von GERSZWESKI ist, daß Videofeedback-Techniken, speziell in Kombination mit fokaler Instruktion, die therapeutische Qualität von Gruppeninteraktionen verbessern kann.

HARTSON & KUNCE (1973)

Die beiden Autoren untersuchten die Effektivität der IPR auf die Gruppenarbeit im Vergleich mit den Ergebnissen einer T-Gruppe. Die angenommene Hypothese war, daß IPR-Methoden im Gegensatz zu T-Gruppenmethoden effektiver seien, um die Kommunikation in der Gruppe zu verbessern, d.h. daß die Konfrontation mittels Video sich besser zur Verhaltensänderung eignet als die gegenseitige Zwei-Personen-Konfrontation.

Die Untersuchten Verhaltensvariablen wurden definiert als "Selbsteinsicht", "Offenheit", "Soziales Verhalten", "Bereitschaft zur Gruppenarbeit" und "Zufriedenheit mit der Gruppenarbeit".

37 Probanden wurden zufällig vier Gruppen zugeordnet, zwei, die IPR verwendeten und zwei, die traditionelle Gruppenmethoden anwendeten, wobei sich jeweils eine Gruppe aus Patienten und eine aus normalen Vergleichspersonen zusammensetzte. Jede Gruppe traf sich für insgesamt sechs Sitzungen.

In einem Pre-Post-Design wurden die folgenden Meßinstrumente angewandt:

1. Selbsteinschätzungsmethoden;
2. Videoband-Ratings, wobei durch trainierte Rater die Videobänder von zwei Sitzungen bezüglich der o.g. Verhaltensdimensionen eingeschätzt wurden.

3. Tonband-Ratings, bei denen durch trainierte Rater die verbale Kommunikation der Probanden anhand einer Interaktionsmatrix analysiert wurde.

Die Untersuchung hatte das Ergebnis, daß die IPR-Gruppen signifikant höhere Veränderungsscores bezüglich den Maßen der "Offenheit" und der "Bereitschaft zur Gruppenarbeit" zeigten. Die T-Gruppen manifestierten jedoch signifikant höhere Zufriedenheitsscores.

Die Analyse der Ergebnisse bezüglich der Kommunikationskategorien zeigte, daß die IPR-Gruppen signifikant höhere Scores aufwiesen als die T-Gruppen. Bezüglich der Video-Ratings zeigte sich, daß die IPR-Gruppen signifikant höhere Scores bezüglich Selbst-Einsicht und Offenheit manifestierten.

Die Autoren schlossen aus diesen Ergebnissen, daß Videoplayback und IPR nützliche Techniken seien, um spezifische Verhaltensänderungen herbeizuführen. Sie nehmen an, daß die Anwendung von Videofeedback als Selbstkonfrontationstechnik wesentlich effektiver sei als die verbale Konfrontation durch eine andere Person.

HEARD (1974)

Ziel der Untersuchung von HEARD war, zu bestimmen, ob eine mit unmittelbarem Videofeedback kombinierte Gruppentherapie das Selbstkonzept der Patienten stärker verändert als konventionelle Gruppentherapie ohne ASK. Es wurden zwei Dimensionen des Selbstkonzepts untersucht, nämlich "Selbst-Akzeptanz" und die Diskrepanz zwischen Real- und Idealkonzept.

Die Hypothese war, daß Teilnehmer einer Encountergruppe mit fokussiertem Videofeedback weniger Real-Ideal-Diskrepanz und größere Selbst-Akzeptanz entwickeln würden als Teilnehmer einer Encountergruppe ohne Video-Feedback.

20 Probanden wurden für diese Untersuchung zwei Gruppen zugeteilt, die sich während 10 Wochen wöchentlich trafen. Die Sitzungen der Experimentalgruppe wurden videografiert und die Teilnehmer erhielten ein unmittelbar an die Gruppensitzung anschließendes Videofeedback. Die Sitzungen der Kontrollgruppe wurden ebenfalls videografiert, es erfolgte jedoch kein Videoplayback.

In einem Pre-Post-Design wurden die Messungen der Selbst-Akzeptanz und der Real-Ideal-Diskrepanz varianzanalytisch verglichen.

Die Untersuchung ergab, daß die Encountergruppe mit unmittelbarem Videofeedback die Selbst-Akzeptanz signifikant stärker erhöht hat als bei der Kontrollgruppe, daß jedoch die Selbst-Ideal-Diskrepanz sich bei der Experimentalgruppe nicht signifikant stärker verringerte als bei der Kontrollgruppe.

HUM (1968)

HUM untersuchte die Wirkung des fokussierten Videofeedbacks auf die inhaltliche Diskussion und das Reaktionsverhalten der Gruppen, das Selbst-Konzept und das Fremdkonzept der Gruppenmitglieder. Die Probanden wurden zufällig zwei Experimental- und zwei Kontrollgruppen zugeordnet. Jede Gruppe traf sich fünf Wochen lang wöchentlich für zwei Sitzungen. Die Experimentalgruppen erhielten fokussiertes Videofeedback während der Behandlungsphase, die Kontrollgruppen erhielten ein verbales Feedback durch die Gruppendiskussionen.

Die Untersuchung hatte das Ergebnis, daß nur für das Reaktionsverhalten eine signifikante Differenz zwischen den Gruppen auf den untersuchten Parametern erfolgten. Bezüglich der inhaltlichen Diskussion war der Trend sogar umgekehrt als vorausgesagt, d.h. daß die Experimentalgruppen weniger produktiv interagierten als die Kontrollgruppen.

MARVIT et al. (1974)

Die Autoren untersuchten die Wirkung der ASK in der Gruppentherapie delinquenter Jugendlicher auf deren Selbstkonzept und Selbsteinschätzung.

Eine repräsentative Auswahl von 44 Jugendlichen wurde zufällig auf vier Experimental- und vier Kontrollgruppen verteilt. Die Gruppen trafen sich jeweils für vier Sitzungen, wobei den Experimentalgruppen im Anschluß an die Sitzung ein Playback gezeigt wurde, dessen Inhalt und Wirkung mit den Jugendlichen diskutiert wurde. Dabei wurde vor allem Wert auf die Vermittlung der subjektiven Gefühle während der Beobachtung des eigenen Verhaltens gelegt und darauf, wie das Videobild, verglichen mit dem inneren Selbstbild der Patienten, wirkte. Die vier Kontrollgruppen erhielten kein Feedback.

In einem Pre-Post-Design wurde mit einem Fragebogen untersucht, welche Veränderungen bezüglich der Selbsteinschätzung und dem Selbstkonzept durch die Therapie bewirkt wurde.

Der Vergleich der Veränderungsscores ergab, daß die Experimentalgruppen bezüglich folgender Variablen signifikant stärkere Veränderungen gegenüber den Kontrollgruppen hatten: eine größere realitäts-angepaßte Selbsteinschätzung, eine reflektierendere Haltung bezüglich ihres Verhaltens, eine Abnahme des (übersteigerten) Selbstwertgefühls, steigende Realitätsprüfung zusammen mit reduzierter Verleugnung, abnehmende antisoziale Einstellungen.

MILLER (1970)

MILLER untersuchte die differentielle Wirkung von verschiedenen Audio- und Videoplayback-Methoden auf die Selbst-Ideal-Kongruenz, die persönliche Angepaßtheit und die Interpersonalen Fähigkeiten in der Gruppe.

48 College Studenten wurden dabei den folgenden sieben Versuchsgruppen zugeteilt, die sich während einer sechswöchigen Therapiephase trafen:

Gruppe 1: Die Gruppe wurde mit Tonband aufgezeichnet, erhielt kein Playback und traf sich wöchentlich für eine 70minütige Sitzung.

Gruppe 2: Die Gruppe wurde mit Tonband aufgezeichnet, erhielt kein Playback und traf sich wöchentlich zweimal für je 35 Minuten.

Gruppe 3: Die Gruppe wurde mit Tonband aufgezeichnet, erhielt ein Playback unmittelbar an die wöchentliche 35minütige Sitzung.

Gruppe 4: Die Gruppe wurde mit Tonband aufgezeichnet, erhielt ein Playback 2 Tage nach ihrer wöchentlichen 35minütigen Sitzung.

Gruppe 5: Die Gruppe wurde mit Video aufgezeichnet, erhielt ein Playback unmittelbar nach der wöchentlichen 35minütigen Sitzung.

Gruppe 6: Die Gruppe wurde mit Video aufgezeichnet, erhielt ein Playback 2 Tage nach ihrer wöchentlichen 35minütigen Sitzung.

Gruppe 7: Kontrollgruppe ohne jegliche Behandlung.

Das Playback erfolgte jeweils ohne eine anschließende Diskussion oder Interpretation.

In einem Pre-Post-Design wurden anhand von Selbsteinschätzungsskalen die Selbst-Ideal-Kongruenz, die persönliche Angewiesenheit und die Interpersonalen Fähigkeiten der Patienten gemessen und varianzanalytisch untersucht.

Als Ergebnis beschreibt MILLER, daß das Videoplayback die effektivste Playback-Technik war, um die Selbst-Ideal-Kongruenz zu erhöhen. Bezüglich der anderen beiden Variablen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Das unmittelbare Playback erwies sich dabei nicht signifikant effektiver als das zeitlich versetzte Playback. MILLER leitet aus diesem Ergebnis ab, daß bisherige Behauptungen über die größere Effektivität unmittelbaren Feedbacks unbegründet seien.

Ein weiteres Ergebnis seiner Studie war, daß jede Form von Playback effektiver in der Verbesserung der Selbst-Ideal-Kongruenz war als eine äquivalente Beratung ohne Playback. Bezüglich der anderen beiden Messungen ergaben sich jedoch hier keine signifikanten Unterschiede.

MUNOZ (1973)

Ziel der Untersuchung von MUNOZ war es, die Wirkung von Videofeedback in Form der IPR-Technik bei der gruppentherapeutischen Behandlung von Alkoholikern einzuschätzen. Es wurden zwei Behandlungsgruppen gebildet:

1. Gruppentherapie kombiniert mit IPR
2. Gruppentherapie ohne IPR.

In einem Pre-Post-Design wurden Daten anhand des MMPI, einem Satzergänzungstest und anhand von Ratings bezüglich verschiedener Dimensionen der psychischen Entwicklung der Patienten erhoben. Die Daten wurden mit multivariaten Methoden analysiert.

Die Ergebnisse zeigten, daß aufgrund von signifikanten Unterschieden der Therapeutenvariablen eine echte Bewertung

der IPR nicht möglich war. Als deutlicher Trend bei den Daten zeigte sich jedoch eine Überlegenheit der IPR-Methode gegenüber der traditionellen Gruppentherapie. Auch die Beobachtungen bezüglich der psychischen Entwicklung der Patienten machten deutlich, daß die IPR-Behandlungsgruppe mehr in eine positive Richtung tendierte als die Kontrollgruppe.

MUZEKARI et al. (1973)

Die Autoren untersuchten die Wirkung der Video-Selbstkonfrontation im Rahmen von Selbsterfahrungsgruppen auf positive Selbstkonzeptveränderungen und die psychische Anpassung bei chronisch schizophrenen Patienten. Die Autoren gingen dabei von der Hypothese aus, daß die Anwendung von Videofeedback im Rahmen einer auf Selbstkonzept -Änderung abzielenden Gruppenbehandlung sich positiv auf eine anwachsende Selbst-Bewußtwerdung und positive Verhaltensänderung bei chronisch Schizophrenen auswirken würde.

36 Patienten wurden einer von drei Behandlungsbedingungen zugeordnet:

Gruppe 1: "Körperkonzept-bezogene Selbsterfahrungsgruppe"
Während der Gruppensitzungen sollten sich die Patienten ihrer physiognomischen Merkmale bewußt werden und sie zu den anderen Gruppenmitgliedern abgrenzen lernen. Videofeedback wurde angewandt, um diesen Prozeß zu beschleunigen.

Gruppe 2: "Emotions-bezogene Selbsterfahrungsgruppe"
Während der Sitzungen sollten die Patienten sich ihrer Gefühle und Reaktionen bewußt werden, was ebenfalls mit Hilfe des Videofeedbacks erleichtert werden sollte.

Gruppe 3: "Soziale-Interaktions-Behandlungsgruppe"

In dieser Kontrollgruppe wurde die übliche Behandlung durch Einübung sozialer Interaktion ohne Videofeedback durchgeführt.

Es wurden Daten aus vier Messungen erhoben: eine Selbstkonzept-Skala, eine psychiatrische Rating-Skala, eine Beobachtungsskala für Krankenschwestern, ein Fototest, bei dem die verschiedenen Mitpatienten identifiziert werden sollten. Die Ergebnisse zeigten, daß bei den Experimentalgruppen keine positive Selbstkonzept- oder Verhaltensänderung erfolgte, daß sogar die Selbst-Achtungs-Scores bei den mit Videofeedback kombinierten Selbsterfahrungsgruppen gegen die Erwartungen der Autoren während der Behandlung niedriger wurden, während sie bei der Kontrollgruppe höher wurden.

Die Autoren schließen aus diesem Ergebnis, daß das Videofeedback eine zu starke Realitätskonfrontation mit evidenten realen Defiziten des Patienten bedeutete, so daß dies zum negativen Erlebnis der eigenen Person wurde. Daher entstand nach Ansicht der Autoren eine negative Einschätzung bezüglich dem eigenen Selbstkonzept.

Die Autoren schließen hieraus weiter, daß es von großer Bedeutung ist, wie das Videofeedback dem Patienten präsentiert wird. Playback allein resultiere noch nicht in positiven Verhaltens- und Einstellungsänderungen. Dem Patienten müsse vielmehr geholfen werden, die Feedback-Erfahrung adäquat zu verarbeiten und zu integrieren, indem die Wahrnehmung und Gefühle, die durch die Konfrontation entstehen, durchgearbeitet werden.

MUZEKARI (1974)

In einer weiteren Studie untersuchte MUZEKARI, ob eine allmählich eingeführte Selbstkonfrontation eine adäquatere Technik sei, um positive Verhaltens- und Einstellungsänderungen bei schizophrenen Patienten hervorzurufen als eine Anwendung der ASK ohne allmähliche Vorbereitung der Patienten.

Grund für diese Untersuchung war die Beobachtung MUZEKARIS, daß Videofeedback bei psychiatrischen Populationen sowohl positive als auch negative Ergebnisse auslösen konnte. Der Autor nahm an, daß diese Resultate auch durch die Art der Einführung des Videofeedbacks bei den Patienten bestimmt wurden.

20 Probanden wurden einer Experimental- und einer Kontrollgruppe zugeteilt. Jede Gruppe nahm an insgesamt zwölf 90minütigen Gruppensitzungen teil. Beide Gruppen konzentrierten sich auf die Entwicklung von Selbsterkenntnis bei den Patienten bezüglich ihrer physiognomischen Erscheinung und ihrem Verhalten. In der Experimentalgruppe wurden die ersten Sitzungen dafür verwendet, die Patienten langsam an die Selbstkonfrontation zu gewöhnen, indem man sie zunächst mit ihrem Spiegelbild, dann mit Polaroid-Bildern und anschließend mit Tonbandaufzeichnungen ihrer Stimme sukzessiv konfrontierte. Während dieser Sitzungen wurden mit den Patienten deren Gefühle bezüglich ihren Selbstwahrnehmungen durchgearbeitet. In der fünften Sitzung wurde dann die Videoselbstkonfrontation eingeführt. In den weiteren Sitzungen erfolgte eine allmähliche Gewöhnung an die ASK durch Variation der Art und der Länge des Feedbacks.

Bei der Kontrollgruppe wurde in den ersten Sitzungen nur mittels Gruppendiskussionen ohne audiovisuelles Feedback die Selbsteinsicht gefördert. In der achten Sitzung wurde dann die ASK unmittelbar eingeführt und bis zur zwölften Sitzung angewandt.

Die Daten eines Selbstwahrnehmungsfragebogens und eines Fragebogens für das Stationsverhalten der Patienten wurde mittels Varianzanalyse ausgewertet. Die resultierenden Ergebnisse zeigten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Sie machten jedoch deutlich, daß beide Behandlungsbedingungen die Selbsteinsicht förderten, und zwar in vergleichbarem Ausmaß. MUZEKARI folgerte daraus, daß die bei der Kontrollgruppe der ASK vorgeschalteten Gruppendiskussionen einen ähnlich vorbereitenden Effekt hatten wie die sukzessiv eingeführte Audiovisuelle Selbstkonfrontation.

Der Autor ist aufgrund seiner Erfahrungen der Überzeugung, daß bei der Anwendung der ASK bei chronisch Schizophrenen darauf geachtet werden sollte, die Patienten auf diese spezifische Erfahrung genügend vorzubereiten, um positive Effekte auszulösen.

PROEDROU (1974)

Die Studie von PROEDROU verglich die Effekte von drei Gruppentherapietechniken, die sich bezüglich dem Ausmaß an Selbstkonfrontation unterschieden. Jede Gruppe erhielt zunächst 30 Minuten gruppentherapeutische Behandlung. In den darauffolgenden 30 Minuten erhielt jede Gruppe eine differentielle Behandlung.

24 chronisch hospitalisierte psychiatrische Patienten wurden dabei den folgenden drei Experimentalgruppen zugeteilt, die sich insgesamt fünfmal für je zwei wöchentliche, zweistündige Gruppensitzungen trafen.

Gruppe 1 erhielt ein Videofeedback der Gruppensitzung mit anschließender Diskussion des Playbacks; Gruppe 2 erhielt ein Videofeedback ohne anschließende Diskussion und Gruppe 3 erhielt nur Gruppentherapie ohne Videofeedback.

Hypothesen der Untersuchung waren, daß Videofeedback in Verbindung mit Diskussion effektiver sei, um Verhalten zu ändern als Videofeedback ohne Diskussion und daß Videofeedback ohne Diskussion wiederum effektiver sei als Gruppentherapie ohne Videofeedback.

In einem Pre-Post-Design wurden Messungen der Gruppenbeteiligung, des Selbstkonzepts und des Verhaltens auf der Station erhoben. Die Ergebnisse konnten jedoch die Hypothesen nicht unterstützen. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Effektivität der drei Gruppen.

Die Autorin folgerte aus ihren Ergebnissen, daß die zusätzliche Verwendung von Videofeedback in der Gruppentherapie zumindest aufgrund ihrer Studie von zweifelhaftem Wert sei.

ROBINSON (1968; 1970)

ROBINSON untersuchte die Wirkung von Videofeedback auf die Gruppeninteraktion, die Selbsteinsicht und allgemeine Verhaltensänderungen bei hospitalisierten psychiatrischen Patienten. Je drei Experimental- und drei Kontroll-Gruppen trafen sich zu drei wöchentlichen, einstündigen Gruppensitzungen, wobei jede Gruppe aus sechs bis sieben Patienten bestand.

Die Experimentalgruppen erhielten jeweils im Anschluß an jede Therapiesitzung ein fokussiertes Videofeedback, während bei der Kontrollgruppe das audiovisuelle Feedback in einer durch den Therapeuten geleiteten Diskussion durch ein gegenseitiges verbales Feedback ersetzt wurde.

Das Verhalten der Patienten wurde von Ratern anhand einer Verhaltens-Checkliste eingeschätzt, außerdem schätzten sich die Patienten zusätzlich selbst auf derselben Liste ein.

ROBINSON stellte fest, daß anhand der Beobachter-Daten die Patienten der Experimentalgruppen signifikant weniger unangepaßte und mehr angepaßte Verhaltensweisen als die Kontrollgruppen manifestierten. Außerdem zeigten die Experimentalgruppen signifikant mehr positive Veränderungen der Verhaltensweisen, auf die das Feedback zentriert war als die Kontrollgruppen.

Allerdings konnte ROBINSON diese Unterschiede bezüglich den Verhaltensänderungen anhand der Selbsteinschätzungen der Patienten nicht bestätigen. ROBINSON interpretierte diesen scheinbaren Widerspruch mit der Tendenz, daß Patienten ihr Verhalten ändern, bevor diese Veränderungen jedoch auch verstandesmäßig integriert sind.

SCHERER & FRIEDBERG (1976)

Die Autoren untersuchten die Wirksamkeit von Videofeedback in Gruppen als ergänzende Therapiemethode bei der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Alkoholikern zur Entwicklung von Selbstsicherheit. Die Hypothese der Untersuchung war, daß Verhaltenstherapie kombiniert mit Videofeedback der Rollenspiele effektiver sei zur Entwicklung von Selbstsicherheit als ohne Videofeedback.

133 Patienten wurden drei Gruppen zugeordnet. Gruppe 1 erhielt eine Rückmeldung ihres Selbstsicherheitsverhaltens mittels Videofeedback und verbalem Feedback. Gruppe 2 erhielt eine Rückmeldung nur mittels verbalem Feedback. Jede Gruppe bestand aus sechs bis acht Probanden und wurde in einem verhaltenstherapeutischen Programm mittels Rollenspiele behandelt. Gruppe 3 bestand aus nicht behandelten Kontrollpatienten.

Jede Behandlungsgruppe hatte sechs zweistündige Selbstsicherheitssitzungen während insgesamt drei Wochen. Die Behand-

lung bestand aus der folgenden Prozedur:

Gruppen 1 und 2 übten Selbstsicherheitsverhalten in Rollenspielen. Während Gruppe 1 unmittelbar nach dem Rollenspiel ein Videofeedback erhielt, und daran anschließend ein verbales Feedback, erhielt Gruppe 2 nur das verbale Feedback.

Die Fortschritte der Patienten wurden mit einem Selbstsicherheitsfragebogen erfaßt, der vor und nach der Therapie und in einem Follow-up nach drei, sechs und zwölf Monaten den Patienten vorgelegt wurde.

Die Auswertung der Daten ergab keine signifikant besseren Erfolge des Trainings mit Videofeedback. Die Autoren schließen daraus, daß Videofeedback den traditionellen Techniken des Selbstsicherheitstrainings nicht überlegen sei. Sie beziehen jedoch auch andere Interpretationsmöglichkeiten ihrer Ergebnisse ein. Es könnte sein, daß Videofeedback nützlicher bei solchen Therapien ist, die weniger strukturiert sind oder weniger verbales Feedback verwenden als das Selbstsicherheitstraining. Außerdem könnte Videofeedback bei chronisch psychiatrischen Patienten nützlicher sein, wo eine verbale Interaktion erschwert ist.

SCHLOSS (1969)

Ziel der Untersuchung von SCHLOSS war die Beurteilung der Wirkung von Audio- und Video-Playback auf die Persönlichkeit von Klienten, die an einer Gruppentherapie teilnehmen.

24 Klienten wurden auf vier Gruppen verteilt, in denen die folgenden Bedingungen variiert wurden:

Gruppe 1 war eine nicht behandelte Kontrollgruppe. Gruppe 2 erhielt acht Wochen lang traditionelle Gruppentherapie. Gruppe 3 erhielt ebenfalls acht Wochen lang traditionelle Gruppentherapie, allerdings kombiniert mit jeweils anschließendem Audio-Playback ihrer Sitzungen. Gruppe 4 erhielt eben-

falls acht Wochen lang traditionelle Gruppentherapie, kombiniert mit anschließendem Video-Playback ihrer Sitzungen.

In einem Pre-Post-Design wurden die Diskrepanzen zwischen realem und idealem Selbst, gemessen mit dem Q-Sort anhand von T-Tests verglichen. Die Ergebnisse zeigten, daß Gruppe 2 (nur Gruppentherapie) als einzige Gruppe eine signifikante Abnahme der Selbst-Ideal-Diskrepanz hervorrief.

Als Interpretation seines Ergebnisses führt SCHLOSS an, daß Audio- und Video-Playback entweder eine Ablenkung vom Therapieprozeß darstellt oder aber eine Bedrohung darstellt, durch die die Selbstwahrnehmung nur defensiv erfolgen kann. Eine weitere Erklärung von SCHLOSS hat mit Ausmaß und Art des Feedbacks zu tun. Während detailliertes Feedback nach Ansicht des Autors effektiver ist als zu allgemeines, könnten zu viele Einzelheiten wiederum zu Konfusion führen. In dieser Untersuchung erhielten die Patienten neben dem Videofeedback zusätzlich auch noch Feedback durch den Therapeuten und die Gruppe. Es könnte sein, daß dieses relativ hohe Maß an Feedback-Information eigene Probleme mit sich gebracht hat bezüglich der Verarbeitung und Integration der Daten in die Persönlichkeit der Patienten.

SEARLE (1968)

Ziel der Untersuchung von SEARLE war der Vergleich der Wirkung von Gruppentherapie unter zwei verschiedenen Bedingungen: einer regulären Gruppentherapie und einer mit Videofeedback kombinierten Gruppentherapie. Die Gruppen wurden anhand von Verhaltensänderungen der Patienten verglichen, die mit einer Checkliste von unabhängigen Ratern erfaßt wurden. Drei Rater kodierten das Verhalten der Klienten in der zweiten und elften Sitzung. Die Daten wurden varianzanalysiert.

58 Klienten nahmen an der Untersuchung teil. Sie wurden einem

von drei Therapeuten und einer von zwei Treatmentbedingungen zugeordnet. Jeder Therapeut arbeitete mit zwei Gruppen, je einer mit und einer ohne Videofeedback.

Die Ergebnisse zeigten keine signifikanten Unterschiede in den Therapieresultaten der beiden Behandlungsgruppen. Es ergaben sich jedoch signifikante Unterschiede in den Therapieresultaten zwischen den Gruppen der verschiedenen Therapeuten.

SEARLE interpretiert diese Befunde so, daß er die Therapeuten als Schlüssel für die Verhaltensänderung annimmt und nicht die Variable Videofeedback.

SHEAN & WILLIAMS (1973)

Die Studie untersuchte die Wirkung von Videofeedback auf spezielle "Target"-Verhaltensweisen von chronisch hospitalisierten psychiatrischen Patienten, nämlich adäquates Verhalten der Patienten auf der Station und Genauigkeit der Selbsteinschätzung der Patienten.

48 Patienten wurden auf drei Behandlungsgruppen verteilt. Gruppe 1 erhielt Gruppentherapie mit Videofeedback, Gruppe 2 Gruppentherapie allein und Gruppe 3 keine Therapie (Kontrollgruppe). Vor und nach dem Treatment und drei Monate im Follow-up wurden Selbstkonzeptmessungen und Ratings der definierten Zielverhaltensweisen durchgeführt.

Die Untersuchung wurde in zwei Abschnitten durchgeführt.

Prozedur 1: Die Wirkung von nicht-fokussiertem Videofeedback auf die Teilnehmer der Gruppentherapie wurde untersucht.

Gruppe 1 erhielt Videofeedback + Diskussion, Gruppe 2 nur Diskussion und Gruppe 3 gar keine Behandlung.

Die Behandlungsgruppen trafen sich zweimal wöchentlich, um über ihre interpersonalen Probleme zu diskutieren. Die Experimental-Gruppe (Gruppe 1) wurde dabei videografiert und die Patienten sahen und diskutierten das Playback jeder Sitzung im Anschluß daran.

Prozedur 2: 30 Tage nach Beendigung von Prozedur 1 nahmen zwei Gruppen von je fünf Patienten an 10 Video-Sitzungen bzw. "No-Feedback-Sitzungen" in einem Eigen-Kontrollgruppen-Design teil. Die Klienten wurden aufgrund von spezifischen Verhaltensstörungen ausgewählt. Während der Feedbacksitzungen kommentierten die Therapeuten spezifische Zielverhaltensweisen, demonstrierten und verstärkten spezifische unangepaßte Verhaltensweisen der Patienten. Die Äußerungen der Therapeuten während des Feedbacks waren direkt auf die Zielverhaltensweisen der Patienten bezogen. Jede Sitzung bestand aus 30 Minuten Gruppengespräch, das direkt von der Feedback-Sitzung gefolgt wurde.

Die Ergebnisse demonstrieren, daß Nicht-fokussiertes Feedback keinen signifikanten Effekt auf das Gesamtverhalten der Patienten hatte. Allerdings fand eine signifikante Reduktion einzelner spezifischer Targetverhaltensweisen statt.

Das fokussierte Feedback reduzierte signifikant das Auftreten aller Target-Verhaltensweisen während der Feedback-Sitzungen. Allerdings zeigten nur 50 % der Patienten eine Generalisierung im Follow-up.

TRUSS (1971)

Ziel der Untersuchung von TRUSS war die Beurteilung der Effekte von fokussiertem Videofeedback auf Veränderungen im realen und idealen Selbstkonzept bei Teilnehmern einer Gruppentherapie.

Je sieben Probanden wurden einer Experimental- und einer Kontrollgruppe zugeordnet. Die Experimentalgruppe erhielt ein fokussiertes Videofeedback der interpersonalen Verhaltensweisen innerhalb der Gruppe. Die Probanden der Kontrollgruppe erhielten kein Videofeedback, sondern nur ein gegenseitiges verbales Feedback. Die beiden Gruppen trafen sich jeweils zweimal wöchentlich während insgesamt acht Wochen. Vor und nach der Behandlung wurde eine Selbst-Konzept-Messung bei den Probanden durchgeführt.

Die Hypothese der Untersuchung war, daß fokussiertes Videofeedback in der Gruppentherapie größere Veränderungen im Real- und Ideal-Selbstkonzept der Probanden auslöst als Gruppentherapie ohne Videofeedback.

Diese Hypothese wurde zwar durch die Datenanalyse anhand des Mann-Whitney-U-Test nicht bestätigt, jedoch als Trend durch die mit deskriptiver Statistik beschreibbaren Pre-Post-Unterschiede unterstützt. Obwohl zwei Probanden der Experimentalgruppe keine Veränderung in der vermuteten Richtung zeigten, unterstützt der Trend der Gesamtveränderungen die Hypothese.

WALTER & MILES (1974)

Die Studie von WALTER & MILES untersuchte die Wirkung von Videofeedback auf die Selbst-Akzeptanz der Probanden im Rahmen einer längerfristigen T-Gruppe. Die Hypothese war, daß eine mit Videofeedback kombinierte T-Gruppe zu einer größeren Selbst-Akzeptanz unter den Gruppenmitgliedern führt als eine T-Gruppe ohne Videofeedback.

Neun Gruppen von Studenten nahmen an den Gruppen teil, die sich während acht Wochen wöchentlich für eine Sitzung trafen. Ein Fragebogen, der Selbst-Akzeptanz mißt, wurde beim zweiten und beim letzten Treffen angewandt.

Jeweils drei Gruppen wurden drei verschiedenen experimentellen Bedingungen zugeordnet: Gruppe 1 erhielt eine T-Gruppenbehandlung ohne Videofeedback; Gruppe 2 erhielt T-Gruppenbehandlung mit unstrukturiertem Videofeedback; Gruppe 3 erhielt T-Gruppenbehandlung mit strukturiertem Videofeedback.

Die beiden Feedback-Gruppen sahen wöchentlich drei Sequenzen an, die willkürlich aus den Sitzungen ausgewählt wurden, pro Feedback-Sitzung etwa 10 Minuten insgesamt. Dabei wurden den Gruppen mit strukturiertem Videofeedback spezifische Instruktionen erteilt, die Aufmerksamkeit auf bestimmte, aufgabenbezogene Verhaltensweisen zu richten. Die Gruppen mit unstrukturiertem Videofeedback erhielten keine spezifischen Anweisungen.

Die zentrale Hypothese der Untersuchung, daß mit Videofeedback eine größere Selbst-Akzeptanz erreicht wird als ohne, wurde durch die Daten nicht bestätigt. Eine Analyse der Daten zeigte jedoch den Trend, daß bei den Gruppen mit unstrukturiertem Feedback eine signifikant positive Veränderung der Selbst-Akzeptanz während der experimentellen Periode eintrat, während bei den anderen beiden Gruppen keine signifikanten Verbesserungen erfolgten.

Die Autoren bieten für ihre Ergebnisse folgende Interpretation an. In der strukturierten Feedback-Gruppe konzentrierten sich die Probanden mehr auf die Mechanismen ihres Entscheidungsprozesses und weniger auf ihre eigenen Gefühle. Es wurden ihnen daher eher die Defizite ihres Verhaltens deutlich. Daher lernten sie zwar durch das Videofeedback viel über ihr Verhalten, konnten aber ihre Selbst-Akzeptanz zu-

nächst nicht positiv verändern. Die unstrukturierte Feedback-Gruppe hatte ohne die spezifische Instruktion eher die Möglichkeit, sich auf die positiven Aspekte ihres Verhaltens zu konzentrieren, so daß hier die Wahrscheinlichkeit einer Verstärkung der Selbst-Akzeptanz eher gegeben war. Diese Möglichkeit hatte die andere Gruppe nicht, denn sie war von der spezifischen Instruktion abhängig.

WALTER (1975)

WALTER untersuchte die Wirkung von Videofeedback und Modeling im Rahmen von Gruppentherapie. 277 Probanden nahmen an T-Gruppen von je 4 - 7 Mitgliedern teil. Das Problemlöseverhalten in der ersten und zweiten Problemdiskussion wurde anhand eines Beobachtungssystems von unabhängigen Ratern eingeschätzt.

Zwischen der ersten und der zweiten Problemlösesitzung fand die folgende experimentelle Variation statt:

Bedingung 1: Kontrollgruppe, bei der die Sitzung ohne Intervention durch einen Therapeuten als freie Diskussion abläuft.

Bedingung 2: Für die Diskussion wird eine kurze verbale Instruktion gegeben.

Bedingung 3: Die erste Problemlösesitzung wird im Videofeedback gezeigt, hierfür wird eine Instruktion erteilt.

Bedingung 4: Anstelle des Videofeedbacks der ersten Problemlösesitzung erfolgt eine Demonstration von video-grafierten Modellgruppen.

Bedingung 5: Bedingung 3 und 4 werden miteinander kombiniert.

Ziel der Untersuchung war die Einschätzung der relativen und der kombinierten Effekte von Videofeedback und Modeling auf die Gruppenteilnehmer von T-Gruppen.

Die Ergebnisse zeigen, daß durch Bedingung 4 (Modeling) doppelt so viele signifikante Veränderungen erfolgten als durch die Bedingung 3 (Videofeedback allein) oder auch die Kombination von Bedingung 3 und 4. Bedingung 4 (Modeling) zeigte 12 signifikante Veränderungen, Bedingung 3 sieben und Bedingung 5 nur fünf signifikante Veränderungen.

Bedingung 4 (Modeling) verursachte somit die größten Verhaltensänderungen. Videofeedback scheint nach Ansicht der Autoren zwar auch signifikante Verhaltensänderungen hervorzurufen, scheint sich jedoch auch hemmend auswirken zu können (da in der Kombination mit Bedingung 4 weniger Änderungen erfolgten).

WALTER interpretiert diese Ergebnisse so, daß durch Videofeedback für die Probanden nicht nur eine Bewußtheit für spezifische Ausschnitte aus dem gesamten Gruppenprozeß erfolgt, wie es für eine spezifische Verhaltensänderung wünschenswert wäre, sondern daß die Klienten sich stark dem gesamten Gruppenprozeß zuwenden würden und hier Hemmungen entwickeln können.

3.2.5 Experimentelle Arbeiten zur ASK in der Kindertherapie

Bezüglich der experimentellen Untersuchung der Wirkung von Audiovisueller Selbstkonfrontation in der Kindertherapie konnte ich wiederum nur eine Arbeit auffinden.

WALKENSHAW (1972)

WALKENSHAW entwickelte eine Studie zur Untersuchung des Problems, inwieweit die Verwendung von Selbstkonfrontationen via Video-Playback bei Kindern als therapeutische Technik verwendbar ist, um Veränderungen sowohl in beobachtbarem Verhalten als auch im Selbstkonzept von emotional gestörten Kindern auszulösen.

Sechs Schulkinder wurden während des Unterrichts mit Video aufgenommen. Segmente dieser Aufzeichnungen wurden ihnen im Playback gezeigt, wobei die Kinder während des Feedbacks für angepaßtes Verhalten vom Therapeuten verstärkt wurden, während unangepaßtes Verhalten ignoriert wurde.

Zwei Messungen wurden zur Einschätzung der Effekte angewandt: direkte Verhaltensbeobachtungen mit Hilfe einer Time-Sampling-Technik, wobei für jedes Kind die durchschnittliche Verhaltensrate pro Minute berechnet wurde, und Selbstkonzept-Messung anhand eines Fragebogens.

Die Analyse der Daten zeigte, daß sowohl bezüglich des Selbstkonzepts als auch bezüglich des Verhaltens der Schüler signifikante Veränderungen durch die Selbstkonfrontation mittels Video erfolgten.

Leider wurde in dieser Untersuchung keine Kontrollgruppe zum Vergleich der Effekte herangezogen, so daß die Ergebnisse nur deskriptiven Aussagewert haben.

3.2.6 Stellungnahme zu den referierten experimentellen Arbeiten

Betrachtet man die beschriebenen experimentellen Arbeiten zur Wirkung der Audiovisuellen Selbstkonfrontation zunächst von einem oberflächlichen Standpunkt der signifikanten Ergebnis-

Diese beiden Meßfaktoren werden in den verschiedenen Untersuchungen in den folgenden Kombinationen angewandt:

<u>Untersuchte Variable</u>	<u>Meßinstrument</u>
1. Selbstkonzeptveränderung	Fragebogen
2. Verhaltensänderung	Fragebogen
3. Verhaltensänderung	Verhaltensbeobachtung
4. Verhaltensänderung	Verhaltensbeobachtung + Fragebogen
5. Verhaltensänderung + Selbstkonzeptänderung	Verhaltensbeobachtung + Fragebogen
6. Verhaltensänderung + Selbstkonzeptänderung	Fragebogen
7. Selbstwahrnehmungsgenauigkeit	Verhaltensbeobachtung + Fragebogen

Diese verschiedenen Untersuchungskombinationen kann man aufgrund methodischer Überlegungen in verschiedene Qualitätsebenen einordnen. Sowohl bezüglich der untersuchten Variablen als auch bezüglich der verwendeten Meßinstrumente lassen sich folgende qualitative Unterschiede beschreiben: Verhaltensänderungen als Gegenstand von Therapieerfolgsuntersuchungen haben ganz offensichtlich einen höheren qualitativen Aussagewert als Selbstkonzeptänderungen, die noch nichts bezüglich einer Integration in die Verhaltensebene aussagen. Auf der Seite der Meßinstrumente sind objektive Messungen wie Verhaltensbeobachtungen bezüglich ihrer Reliabilität eindeutig höher einzuschätzen als subjektive Meßmethoden wie z.B. Fragebogen, die den diversen Antworttendenzen unterliegen. Eine Kombination beider Meßmethoden bzw. Variablengruppen entspricht wohl einer optimalen Versuchsanordnung bezüglich einem optimalen Aussagewert der Ergebnisse (s.a. CROMWELL et al. 1976; PAUL 1966).

Die Fragwürdigkeit der Verwendung subjektiver Meßmethoden in der Therapieerfolgssforschung wird außerdem anhand der folgenden Überlegungen deutlich. In Therapieerfolgsuntersuchungen, die sowohl subjektive als auch objektive Kriterien verwendeten, fielen oft die sich scheinbar widersprechenden Ergebnisse bezüglich der beiden Messungen auf. Während mit den objektiven Messungen positive Verhaltensänderungen festgestellt wurden, konnten diese in den subjektiven Verfahren nicht bestätigt werden (wie z.B. bei ROBINSON & JACOBS, 1970; ANDERSON et al., 1970 und GRIVER & ROBINSON, 1965). Dieses Phänomen kann in der Weise interpretiert werden, daß Verhaltensänderungen bereits erfolgen können, auch wenn eine entsprechende Einstellungsänderung noch nicht nachvollzogen wurde.

Es scheint vielmehr, daß das Individuum die Veränderung erst später in sein bewußtes Einstellungssystem integrieren kann. Hat diese Theorie Gültigkeit, so würde dies als Konsequenz für die Messung von Veränderungen bedeuten, daß subjektive Methoden relativ ungeeignet sind, um unmittelbare Therapieerfolge im Sinne von Verhaltensänderungen adäquat zu messen. Diese Überlegungen machen die Anwendung von subjektiven Kriterien - ganz abgesehen von der generellen Problematik subjektiver Meßmethoden - bei der Veränderungsmessung zumindest fragwürdig.

Aufgrund dieser Überlegungen habe ich eine Einteilung der zuvor beschriebenen Kombinationen der verwendeten Variablen und Meßinstrumente in drei qualitative Ebenen vorgenommen:

Ebene A: Untersuchungsvariable Verhalten + Selbstkonzept, kombiniert mit subjektiven und objektiven Messungen (Untersuchungsmethode 4. und 5. der Tabelle auf Seite 147).

Ebene B: Untersuchungsvariable Verhalten, kombiniert mit objektiven Messungen (Untersuchungsmethode 3.).

Ebene C: Untersuchungsvariable Verhalten oder Selbstkonzept, kombiniert mit subjektiven Messungen (Untersuchungsmethode 1., 2., 6., 7.).

Zur Logik dieser Einteilung möchte ich folgendes anmerken: Methode 4 und 5 wurden in die höchste Ebene A eingereiht, da hier Veränderungen auf der Verhaltensebene gemessen werden, die mit subjektiven und objektiven Messungen untersucht werden, was eine optimale Kreuzvalidierung der Aussagen ermöglicht. Methode 3 wurde in die nächste Ebene B eingestuft, weil es sich hier ebenfalls um die objektive Messung von Verhaltensänderung handelt, allerdings nur mit einer Meßvariablen. Untersuchungsmethodik 1, 2, 6 und 7 erschienen anhand der Kriterien ungefähr gleichwertig insofern, als alle vier Methoden nur mit einem subjektiven Meßinstrument operieren, sowohl bezüglich der Selbstkonzeptveränderungen als auch der Verhaltensänderungen. Diese Methoden reihen sich in der Ebene C ein.

Anhand dieser Einteilung ergibt sich die folgende Auflistung der einzelnen Untersuchungen:

Ebene A

Untersuchung (Autoren)	Anzahl der Meßinstrumente	Ergebnis
ANDES	4	pos.
ENNIS	2	neg.
HARTSON & KUNCE	7	pos.
HUM	3	pos. für Verhalten neg. für Selbstkonzept
KASWAN & LOVE	3	pos.
MUNOZ	3	pos.
PROEDROU	3	neg.
ROBINSON	3	pos. für obj. Verhal- tensratings neg. für subj. Verhal- tensratings
SHEAN & WILLIAMS	3	pos.
WALKENSHAW	2	pos.

Ebene B

BAKER et al.	1	pos.
BAUMAN	1	neg.
EDELSON & SEIDMAN	1	pos.
EISLER & HERGEN	1	neg.
GRSZWESKI	1	pos.
MOORE et al.	1	pos.
SEARLE	1	neg.
WALTER	1	neg.

Ebene C

Untersuchung (Autoren)	Anzahl der Meßinstrumente	Ergebnis
ANDERSON	4	neg.
BERMAN	2	neg.
BOYD & SISNEY	1	pos.
BRAUCHT	2	pos.
HEARD	2	pos. bez. Selbst- Akzeptanz
		neg. bez. Real-Ide- aldiskrepanz
MARVIT	1	pos.
MERMELSTEIN	1	pos.
MILLER	3	pos.
MUZEKARI et al.	1	neg.
SCHERER & FREEDBERG	1	neg.
SCHLOSS	1	neg.
TRUSS	1	pos.
VAN ZOOST	4	pos.
WALTER & MILES	1	neg.

Betrachtet man die Ergebnisse der referierten Untersuchungen auf diese Weise, so wird deutlich, daß bezüglich der aussagekräftigsten Meßkombinationen der Ebene A insgesamt 6 positive, 2 negative und 2 unentschiedene Ergebnisse berichtet werden. In den Ebenen B und C ergeben sich etwa gleich viele positive wie negative Ergebnisse.

Es zeigt sich somit, daß nur auf der höchsten Meßebene ein eindeutiges Gesamtergebnis bezüglich der Wirkung der ASK abzuleiten ist. Aus diesen Ergebnissen kann man mit einiger

Vorsicht ableiten, daß die Effektivität der ASK zur Verursachung von Verhaltensänderungen empirisch gut gesichert zu sein scheint. Die Ergebnisse beziehen sich dabei gleichermaßen auf die Anwendung in der Gruppen-, Einzel-, Familien- und Kindertherapie.

Setzt man die referierten Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen in Beziehung zu den beschriebenen Wirkungsweisen der ASK in den theoretischen Artikeln, so fällt eine mangelnde Vergleichbarkeit der verwendeten Kriterien auf.

Während in den theoretischen Artikeln vor allem auf die den Verhaltensänderungen zugrundeliegenden Prozesse wie Einsicht, Bewußtwerdung, Reduktion von Abwehr, Erlangung von realitätsangepaßter Selbsteinschätzung, Identifizierung von Kommunikations- und Beziehungsstörungen etc. eingegangen wird und die Wirkung der ASK bezüglich dieser Prozesse beschrieben wurde, beschäftigen sich die experimentellen Untersuchungen fast ausschließlich mit den Konsequenzen solcher Prozesse, nämlich den beobachtbaren Verhaltensänderungen.

Eine Ausnahme bildet hier die Variable des Selbstkonzepts und der Selbsteinschätzung. Sie wird sowohl in den theoretischen Arbeiten wie in den experimentellen Untersuchungen in die Betrachtung einbezogen.

Diese Variable ist daher als einzige direkt vergleichbar. Es fällt hier allerdings auf, daß die experimentellen Ergebnisse die Aussagen der Beschreibungen weder bestätigen noch widerlegen, da etwa gleich viele positive wie negative Ergebnisse berichtet werden. Berücksichtigt man hier außerdem die Überlegung von BRAUCHT zur traditionellen Selbstkonzeptmessung (s.a. Seite 106) neben der von ROBINSON beschriebenen allgemeinen Einschränkung für subjektive Messungen (Seite 136), so wird der Aussagewert dieser Variablen recht fraglich.

BRAUCHT stellt die Interpretation erhöhter Selbsteinschätzung als adäquaten Index für "adjustment" in Frage. Er kritisiert die Auffassung, daß ein Verlust an positiver Selbsteinschätzung mit einem Verlust an Anpassung bzw. Mißerfolg der Therapie gleichgesetzt wird. Vielmehr vertritt er zusammen mit anderen Autoren (z.B. BLOCK & THOMAS, 1955) die Auffassung, daß eine Veränderung des Selbstkonzepts in positiver oder negativer Richtung als Effekt einer Behandlung sowohl positiv als auch negativ bezüglich dem Therapieerfolg bewertet werden kann. Jede Veränderung kann ja durchaus eine realitätsbezogene Anpassungsleistung an das durch die Therapie vermittelte Selbstbild darstellen und somit durchaus einen Therapiefortschritt bedeuten, insofern, als hierdurch eine realistischere Selbstbewertung erfolgt ist.

Das durchschnittliche Ergebnis einer Therapieerfolgsuntersuchung bezüglich Veränderungen im Selbstkonzept kann daher zunächst gar nicht interpretiert werden, da nicht bekannt ist, inwieweit die Veränderung einem realitätsbezogenen Prozeß entspricht oder nicht. Konkret bedeutet dies, wenn eine Untersuchung das Ergebnis hat, daß im Durchschnitt mehr negative Selbstkonzeptveränderungen stattfanden, kann dies nur heißen: die Patienten schätzten sich im Durchschnitt nach der Therapie schlechter ein als vorher. Der interpretative Schritt, daß dies eine verschlechterte psychische Anpassung bzw. keine Verbesserung der Anpassung bedeute, ist nach dieser Theorie von BRAUCHT nicht zulässig, solange ungeklärt ist, ob diese negative Selbstkonzeptveränderung auf eine realistischere Selbstbeschreibung zurückgeht oder nicht.

BRAUCHT schlägt daher ein adäquateres Kriterium vor, das er "accuracy of self-concept" nennt, indem der realitätsbezogene Anpassungsaspekt berücksichtigt ist. Dabei wird die Selbsteinschätzung jedes Patienten mit einer Verhaltensein-

schätzung durch einen Rater und damit zur Realität in Bezug gesetzt und hieraus ein Quotient gebildet.

In einer Untersuchung über die Wirkung der ASK auf das Selbstkonzept weist BRAUCHT nach, daß es anhand des traditionellen Selbstkonzeptkriteriums so scheint, wie wenn die Behandlung keinen Effekt auf die psychische Anpassung der Patienten hatte. Die Anwendung seines realitätsbezogenen Selbstkonzeptkriteriums wies jedoch eine hohe Effektivität der Behandlung bezüglich einer realen Selbsteinschätzung nach (s.a. Seite 5).

Der Wert der Arbeiten, die mit dem traditionellen Selbstkonzeptkriterium über den Effekt der ASK untersucht haben, wird aufgrund dieser Überlegungen zumindest fragwürdig. Dies sind immerhin acht der Untersuchungen in der C-Ebene von Seite 50.

Wenn auch die Diskussion zu diesem Thema noch nicht endgültig abgeschlossen scheint, wird hier doch deutlich, daß bezüglich der Verwendung von subjektiven Kriterien für die Therapieerfolgsforschung durchaus Vorsicht angebracht erscheint. Die Tatsache, daß im Vergleich der experimentellen Arbeiten mit den Berichten in den deskriptiven Arbeiten über die Wirkung der ASK bezüglich beschriebener Veränderungen im Selbstkonzept durch die experimentellen Arbeiten nicht gestützt (aber auch nicht widerlegt) werden, ist aufgrund dieser methodischen Überlegungen damit kaum interpretierbar. Sie sagt eher etwas über die Unsicherheit des Meßinstruments bzw. der Meßvariablen aus als über tatsächliche Ergebnisse.

Eine empirische Validierung der in den deskriptiven Artikeln beschriebenen Effekte der ASK kann somit aus den bisherigen empirischen Untersuchungen nicht vorgenommen werden.

Man kann sich hier nur beziehen auf die oben bereits beschriebene Tatsache, daß viele Forscher unabhängig voneinander identische Phänomene beschrieben haben und dies als eine Art Übereinstimmungs-Validierung der Wirkung der ASK interpretieren (s.a. Seite 90 ff.).

Bezüglich den von der ASK ausgelösten Verhaltensänderungen kann jedoch von einer relativ guten empirischen Untermauerung der Effekte ausgegangen werden, wenn man sich vor allem auf die Ergebnisse der objektiven Verhaltensbeobachtungen stützt.

T E I L I I : E M P I R I E

1. ZIEL DER UNTERSUCHUNG

Ziel der Untersuchung war, experimentell-statistisch gesicherte Aussagen darüber zu gewinnen, wie effektiv sich die Audiovisuelle Selbstkonfrontation als psychotherapeutische Interventionstechnik innerhalb der Partnertherapie auswirkt, über welches Potential sie zur Verhaltens- und Einstellungsänderung bei den Partnern verfügt. Hierüber gibt die bisherige experimentelle Literatur nur wenig Auskunft. Von den vier insgesamt aufgefundenen Arbeiten wandten zwei die ASK nicht wirklich in der Partnertherapie, sondern nur in einer Therapie-Analog-Situation an, wobei die Probanden keine Paare waren, die wegen Partnerschaftsproblemen sich an einen Therapeuten gewandt hatten, sondern relativ ungestörte Partnerbeziehungen hatten. Die anderen beiden Untersuchungen bezogen sich zwar auf Patientengruppen, jedoch arbeiteten sie ohne Kontrollgruppen. Aus den bisherigen experimentellen Untersuchungen ist somit kein gesicherter Schluß auf die Wirkung der ASK in der Ehe-therapie möglich.

In einer vergleichenden Studie sollte daher die vorliegende Untersuchung die Effektivität einer mit ASK kombinierten Therapietechnik und einer nur auf verbalen Interventionen aufbauenden, konventionellen Partnertherapie bezüglich der Wiederherstellung einer befriedigenden Kommunikation und Beziehung zwischen den Partnern und damit bezüglich eines Therapieerfolgs vergleichen.

Eine gestörte Partnerbeziehung wird für die Untersuchung definiert als eine Beziehungsstörung, in der keine befriedigende Kommunikation für die Partner mehr möglich ist. Psychodiagnostisch ist sie erfaßbar als eine subjektive Unzufriedenheit der Partner mit ihrer Beziehung und durch objektive Verhaltenskriterien wie ein Überwiegen negativer und

aversiver Verhaltensweisen zum Partner und vor allem durch wenig effektives Problembewältigungsverhalten und geringe Kooperationsfähigkeit.

Eine effektive Partnertherapie sollte in der Lage sein, diese meist komplexe Beziehungsstörung zwischen den Partnern so zu beeinflussen, daß eine befriedigende Kommunikation wieder hergestellt wird. Die Partner sollten durch die Therapie die Fähigkeit entwickeln, die Struktur und Dynamik ihrer wechselseitigen Beziehung zu erkennen und zu verstehen, um schließlich neue Verhaltensweisen zum Partner entwickeln zu können.

Die innere Betrachtung von solchen äußeren interpersonellen Abläufen, vor allem auch die Wahrnehmung der eigenen Verhaltensweisen, sind natürlicherweise begrenzt und müssen in der konventionellen Ehe-therapie immer wieder durch entsprechende verbale Interventionen des Therapeuten in Gang gebracht werden, der als einziger den zwischen den beiden Partnern ablaufenden Kommunikationsprozeß als relativ objektiv, da von außen betrachtender und nicht in der emotionalen Verflechtung mit den Partnern verwickelter Beobachter analysieren kann. In dieser Form der Paartherapie sind die beiden Partner immer wieder vorrangig damit beschäftigt, jeweils die Reaktionen des anderen zu kritisieren und zu kommentieren. Die selbstkritische Beurteilung des eigenen Verhaltens aber ist unabdingbare Voraussetzung für die Veränderung des eigenen Verhaltens und damit der gegenseitigen Beziehung.

Die Möglichkeit der Konfrontation jedes Partners mit seinem eigenen Verhalten in der Interaktion mit dem Anderen durch die Videoaufnahme, also vom Standpunkt eines objektiven Beobach-

ters aus, füllt hier eine Lücke, die für den psychotherapeutischen Prozeß besonders fruchtbar erscheint. Aufgrund der im theoretischen Teil dieser Arbeit eingehend beschriebenen Ergebnisse der bisherigen ASK-Forschung kann angenommen werden, daß die Anwendung einer mit ASK kombinierten Ehetherapie einen größeren Therapieerfolg gewährleisten kann als eine nur auf verbale Interventionen beschränkte Therapie.

2. DER VERSUCHSPLAN

2.1 Hypothesen der Untersuchung

Die Hypothesen der Untersuchung leiteten sich ab aus den Direktiven für eine erfolgreiche Partnertherapie, die ja durch die untersuchte Interventionstechnik optimiert werden sollte. Eine effektive Partnertherapie sollte in der Lage sein, die folgenden Faktoren einer gestörten Partnerbeziehung positiv zu beeinflussen:

1. Die emotional-affektive Beziehung der Partner zueinander

Eine gestörte Beziehung wird meist dadurch gekennzeichnet, daß die beiden Partner in ihrer emotionalen und affektiven Beziehung zueinander gestört sind. Es ist das Grundsymptom der Beziehungsstörung im Gefühlsbereich. Die Partner können nicht mehr liebevoll aufeinander eingehen, so wie zu Beginn der Beziehung, ihr Verständnis füreinander ist gestört, negative und kritisierende Äußerungen haben die früher Überwiegenden positiven Gefühlsäußerungen dem Partner gegenüber abgelöst. Die Fronten sind verhärtet. Eine erfolgreiche Partnertherapie sollte in der Lage sein, diese Verlagerung im Gefühls- und Einstellungsbereich zwischen den Partnern zugunsten einer Wiederherstellung eines positiven Gefühlsklimas aufzulösen, um eine befriedigende Kommunikation zwischen den Partner wieder zu ermöglichen.

2. Die Unfähigkeit der Partner zur konstruktiven Konfliktbewältigung

Eine gestörte Partnerbeziehung ist weiter dadurch charakterisiert, daß die Partner nicht in der Lage sind, für

ihre Konflikte in einer positiven Auseinandersetzung eine konstruktive Lösung zu finden. Die Problemlösestrategien zeichnen sich durch eine mangelnde Fähigkeit aus, sich auf das Problem zu konzentrieren und irrelevante Faktoren aus der Diskussion auszuschließen. Eine mangelnde Fähigkeit, dem anderen zuzuhören und sich wirklich mit den Äußerungen und Vorschlägen auseinanderzusetzen, um dann in der wechselseitigen Diskussion verschiedener Vorschläge zu einer gemeinsam getragenen Lösung zu kommen, verhindert eine echte Konfliktbewältigung.

Eine erfolgreiche Partnertherapie sollte daher in der Lage sein, diese Unfähigkeit zur Problembewältigung und zur Kooperation positiv zu verändern.

3. Ungleiche Dominanzverhältnisse der Partner

In gestörten Paarbeziehungen fällt oft auch ein ungleiches Dominanzverhältnis zwischen den Partnern auf. Die Beziehung zeichnet sich weniger durch gleichberechtigte Partner aus, von denen jeder gleichermaßen in der Beziehung, in gemeinsamen Unternehmungen, in Diskussionen sich durchsetzt. Es läßt sich eher beobachten, daß sich besonders ein Partner durchsetzt, die Initiative ergreift und sich eine ungleiche Rollenverteilung entwickelt hat, die das Paar an einem lebhaften Miteinander eher hindert und in bestimmte Verhaltensschemata einzementiert. Beide Partner leiden meist gleichermaßen unter dieser Aufteilung, fühlen sich jedoch nicht in der Lage, diese Verhaltensweisen von selbst aufzulösen.

4. Subjektive Unzufriedenheit mit der Beziehung

Zumindest ein Partner der Beziehung (der am meisten unter der Situation bewußt leidet) äußert eine emotionale subjektive Unzufriedenheit mit dem status quo der Be-

ziehung, wenn nicht beide. Dies ist eines der gefühlsmäßigen Kriterien für eine Beziehungsstörung, wie es oft als Grund für die Aufnahme einer Therapie von den Partnern angeführt wird.

Am Ende einer erfolgreichen Partnertherapie sollte eine Veränderung dieser Unzufriedenheit erfolgt sein.

Alle oben beschriebenen Faktoren lassen sich reduzieren auf eine grundlegende Fähigkeit zur positiven, konstruktiven Kommunikation zwischen den Partnern. Von ihr ist es abhängig, ob sich eine positive oder negative Einstellung dem Partner gegenüber entwickelt, ob sich ein Konflikt lösen läßt oder sich ungleiche Dominanzverhältnisse entwickeln und sich letztlich ein ständig ungutes Gefühl in der Beziehung breit macht.

In der vorliegenden Untersuchung wird daher der Aspekt der verbalen und non-verbalen Kommunikation besonders berücksichtigt, d.h. die kommunikativen Aspekte der oben beschriebenen vier Faktoren einer gestörten Partnerbeziehung untersucht.

Aufgrund dieser Überlegungen wurden die folgenden Hypothesen entwickelt:

- H₁ : Die emotional-affektive Beziehung der Partner verändert sich signifikant stärker in positiver Richtung durch Anwendung der ASK.
- H₂ : Das Problemlösungsverhalten der Partner verändert sich signifikant stärker in positiver Richtung durch Anwendung der ASK.
- H₃ : Die Dominanzverhältnisse zwischen den Partner verändern sich signifikant stärker durch Anwendung der ASK.

- H₄: Die subjektive Einstellung zum Partner verändert sich signifikant stärker in positiver Richtung durch Anwendung der ASK.
- H₅: Die häusliche Kommunikation der Partner verändert sich signifikant stärker in positiver Richtung durch Anwendung der ASK.
- H₆: Der Therapieerfolg wird von den Partnern bei Anwendung der ASK subjektiv signifikant größer eingeschätzt.

Für jede Hypothese wird außerdem spezifizierend angenommen, daß die angenommenen Veränderungen signifikant stärker durch eine Kombination der ASK mit anschließender Diskussion und Analyse erfolgen als durch Anwendung der ASK allein.

2.2 Meßinstrumente

Bei der Umsetzung der Hypothesen in ein geeignetes Meßmodell und somit bei der Auswahl geeigneter Meßinstrumente bin ich von der Überlegung ausgegangen, daß ein multidimensionaler Meßansatz, der sowohl subjektive, selbstbeschreibende als auch objektive und beobachtende Methoden kombiniert, am besten geeignet sei, um der Anforderung gerecht zu werden, sowohl objektive, quantifizierbare Verhaltensbeschreibungen zu liefern als auch den subjektiven Erlebnisdimensionen der Partner gerecht zu werden. Es wird dadurch möglich, sowohl die subjektive und objektive Perspektive des kommunikativen Geschehens in der Partnerbeziehung zu erfassen als auch eine wertvolle diagnostische Möglichkeit durch den Vergleich der Aussagen beider Bereiche zu eröffnen (s.a. CROMWELL, 1976). Weiterhin sollten die wichtigsten Variablen nicht nur durch ein Instrument erfaßt werden, sondern zusätzlich noch durch ein anderes, um eine optimale Kreuzkontrolle der Informationen zu ermöglichen.

Die Auswahl der Meßinstrumente erwies sich als nicht einfach, da es sich als problematisch herausstellte, Instrumente zu finden, denen ein identisches Konzept zugrundeliegt und die identische oder ähnliche Variablen erfassen.

Für die objektive Verhaltensbeobachtung der verbalen und nonverbalen Kommunikation boten sich schließlich zwei Instrumente an, die einige vergleichbare Variablen beinhalten:

Die Verhaltensanalyse des "Gemeinsamen Rorschach Versuchs" (GRV) von JÜRG WILLI (1973) und das "Marital Interaction Coding System" (MICS) von HOPS et al. (1971). Beide Instrumente beinhalten die Beobachtung von Variablen des affektiven Beziehungsstils, von Kommunikationsverhalten und Kooperations- bzw. Problemlöseverhalten der Partner. Zusätzlich beinhaltet der GRV Variablen des Dominanzverhaltens.

Neben diesen beiden objektiven Verhaltenskodierungs-Instrumenten verwendete ich einen selbstbeschreibenden Fragebogen zur Erfassung der häuslichen Kommunikation, den "Marital Communication Inventory - MCI" von BIENVENU (1969). In diesem Fragebogen schätzen sich die Partner selbst bezüglich folgender Dimensionen ihres kommunikativen Verhaltens ein: Konstruktive und destruktive Kommunikationsmuster, problematisches Verhalten im Umgang mit Auseinandersetzungen, Mitteilung von Gefühlen, Übermittlung von Double-Bind-Botschaften, Zuhör-Eigenschaften und verschiedene nonverbale Kommunikationsmuster.

Bei der Verwendung dieses "self-report"-Meßinstrumentes war ich mir allerdings durchaus der generellen Problematik solcher Methoden bewußt, insofern, als bei der Interpretation dieser Daten berücksichtigt werden muß, daß hier keine Messung von aktueller Interaktion vorliegt, sondern die subjektive Einschätzung bzw. individuelle intrapersonale Wahrnehmung des kommunikativen Verhaltens durch die Partner mit

allen subjektiven Verzerrungen, denen solche Wahrnehmungen unterliegen. In Kombination mit den verwendeten objektiven Verhaltensbeobachtungen schien mir jedoch diese zusätzliche Information aus der Wahrnehmungsperspektive der Partner eine wertvolle Vergleichsquelle zu sein.

Neben diesem Instrument zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung spezifischer kommunikativer Verhaltensweisen der Partner hielt ich es für sinnvoll, eine kurze Itemliste zu verwenden, die die globale, gefühlsmäßige Einstellung zum Partner erfaßt. Für diesen Zweck hielt ich es für vertretbar, aufgrund theoretischer Überlegungen zur Symptomatik bei Partnerschaftsproblemen selbst eine Liste von fünf Items zu entwerfen, die die wichtigsten erlebnismäßigen Störungsbereiche in der Kommunikation abdecken sollte. Eine Beschreibung der Items befindet sich im nachfolgenden Teil.

Um neben den Ergebnissen der einzelnen Instrumente eine Aussage der Klienten selbst über den persönlich eingeschätzten Erfolg der Behandlung zu erhalten, habe ich zusätzlich eine eindimensionale Therapieerfolgs-Skala entwickelt, auf der die Partner diese subjektive Einschätzung abgeben konnten. Anhand dieser Ergebnisse ist wiederum eine wichtige Vergleichsmöglichkeit zwischen der subjektiven und der objektiven Dimension des Therapieerfolgs gegeben, die für die abschließende Interpretation der Ergebnisse aufschlußreich sein dürfte.

Soweit die allgemeinen Vorbemerkungen zur Auswahl der verwendeten Meßmethoden. Nach der folgenden Auflistung der einzelnen Instrumente erfolgt eine ausführliche Beschreibung der Meßmethoden, die das jeweilige Konzept, die Aufzählung der einzelnen Kategorien bzw. Items, Hinweise zur Interpretation und Angaben über Gütekriterien umfaßt.

Verwendete Meßinstrumente:

1. Gemeinsamer Rorschach Versuch (GRV) von Jürg WILLI (1973)
- Verhaltensanalyse -.
2. Marital Interaction Coding System (MICS) von HOPS et al.
(1971).
3. Marital Communication Inventory (MCI) von BIENVENU (1969).
4. 5-Item-Liste zur Erfassung der gefühlsmäßigen Einstellung zum Partner (Eigenkonstruktion).
5. Therapieerfolgs-Skala zur subjektiven Einschätzung des Therapieerfolgs (Eigenkonstruktion).

Beschreibung der Meßinstrumente

1. Verhaltensanalyse des Gemeinsamen Rorschach Versuchs

Der GRV wurde als Test zur diagnostischen Erfassung von interaktionalem Verhalten und der unbewußten Dynamik der Partner einer Zweierbeziehung oder auch Familie entwickelt. Die Verhaltensanalyse bezieht sich dabei nur auf den beobachtbaren, interaktionalen Aspekt der Kommunikation. Es handelt sich um eine Interaktionstest, mit dem in einer standardisierten Konfliktsituation die direkte Beobachtung der Interaktion und eine nach klar definierten Kriterien qualitative und quantitative Auswertung möglich ist.

Die Testaufgabe besteht darin, daß die Teilnehmer miteinander den Rorschachversuch absolvieren mit der Aufgabe, bei jeder Tafel sich letztlich auf eine gemeinsame Lösung (=Klecksdeutung) zu einigen.

Die theoretische Konzeption dieses Vorgehens geht davon aus, daß diese Aufgabe einen experimentellen Konflikt darstellt, der stellvertretend für tatsächliche Konflikte von den Partnern gelöst werden wird. Die Art, wie die Partner dabei vorgehen, wie sie miteinander interagieren, ob und in welcher Weise sie zu einer gemeinsamen Lösung kommen, so wird angenommen, steht dabei stellvertretend für das Verhalten der Partner in Konfliktsituationen in der Realität.

Die Verhaltensanalyse umfaßt die folgenden Interaktionsvariablen:

1. Rangordnungs- und Dominanzvariablen
2. Variablen des affektiven Beziehungsstils
3. Kooperations- und Problemlösungsvariablen.

Beschreibung der Verhaltensvariablen und deren Interpretations- und Symptomwerte

1. Rangordnungs- und Dominanzvariablen

Die folgenden Variablen sollen Auskunft geben über das Ausmaß der Rangordnungsdynamik und der Dominanzverhältnisse zwischen den Partnern:

1.1 Tafelhalten

Es wird beobachtet, wie oft und in welcher Reihenfolge jeder Partner eine Tafel während der Diskussion in den Händen hält.

Das Tafelhalten wird als Ausdruck der pragmatischen Aktivität, des praktischen, nicht-verbalen Engagements an der Aufgabe interpretiert. Anhand der jeweiligen Häufigkeiten des Tafelhaltens manifestieren sich außerdem die Dominanzver-

hältnisse zwischen den Partnern. Das gemeinsame Halten der Tafel wird als Ausdruck einer symmetrischen Aktivität gewertet.

1.2 Vorschlagszahl

Es wird beobachtet, wie viele Klecksdeutungen jeder Partner zur Diskussion stellt, wie viele Vorschläge jeder macht.

Die Vorschlagszahl wird als Hinweis auf das produktive Engagement (Ideenproduktion) der Partner im quantitativen Sinn interpretiert. Es manifestiert sich hier, wie sich das zahlenmäßige Verhältnis der Partner beim Produzieren von Lösungsvorschlägen gestaltet.

1.3 Penetranz

Es wird beobachtet, wie viele Vorschläge jedes Partners sich schließlich zur gemeinsamen erklärten Lösung durchsetzen.

In der Variablen Penetranz manifestiert sich das Durchsetzungsvermögen der Partner. Die Anzahl der sich durchsetzenden Vorschläge jedes Partners wird als Ausdruck für dessen Penetranz gewertet. Die Variable soll Auskunft darüber geben, wie die Spannung zwischen "Sich Durchsetzen" und "Nachgeben" in der Partnerschaft gehandhabt wird.

1.4 Entscheiden

Es wird beobachtet, wie häufig ein Partner maßgeblich darüber entscheidet, welche Lösung sich letztlich durchsetzt.

Die Variable "Entscheiden" gibt Auskunft über eventuelle Führerfunktionen eines Partners bzw. das Verhältnis von Führen und Geführtwerden in der Partnerschaft. Werden die Ent-

scheidungsakte von beiden Partnern in gleichem Maße übernommen, wird dies als Ausdruck einer ausgeglichenen Partnerschaft in bezug auf Führungsverhalten betrachtet.

1.5 Initialdeutung

Es wird beobachtet, wie oft ein Partner den ersten Lösungsvorschlag, die "Initialdeutung" für eine Karte bringt.

Die Anzahl an Initialdeutungen wird als Ausdruck der initialen Aktivität interpretiert. Alterniert das Vorbringen von Initialdeutungen zwischen den Partnern, so wird dies als Hinweis auf eine symmetrische Partnerbeziehung in puncto Initialaktivität gewertet.

2. Variablen des affektiven Beziehungsstils

Die affektive Beziehung der Partner zueinander zeigt sich formal in der Art, wie sie ihre Vorschläge gegenseitig beurteilen. Dies kann in positiv-unterstützender, negativ-ablehnender oder ambivalenter Art erfolgen.

Es wird daher beobachtet, wie oft jeder Partner dem Vorschlag des anderen positiv zustimmt, ihn kritisiert oder negativ ablehnt oder ihn ambivalent beurteilt, d.h. ihm teilweise zustimmt und teilweise ablehnt.

Die Variablen des affektiven Beziehungsstils unterteilen sich somit in drei Items:

1. positiv-unterstützend
2. negativ-ablehnend
3. ambivalent beurteilend.

Bei der Interpretation der Häufigkeiten dieser Beurteilungsausprägungen wird davon ausgegangen, daß man aufgrund empirischer Beobachtungen bei befriedigenden Partnerbeziehungen von einem Verhältnis von ca. $2/3$ positiven zu $1/3$ negativen (mit ambivalenten) Beurteilungen ausgehen kann.

Das Fehlen negativer Beurteilungen ist somit nicht etwa als Zeichen für eine besonders gut funktionierende Partnerschaft zu werten, sondern eher als ein Hinweis auf einen aggressionsgehemmten und Auseinandersetzung vermeidenden Beziehungsstil zu verstehen.

Das o.g. Verhältnis von positiven zu negativen Beurteilungen drückt ein wichtiges Merkmal einer gesunden Partnerschaft aus, nämlich die kritische Auseinandersetzung auf der Basis gegenseitigen Wohlwollens.

3. Kooperations- und Problemlösungsvariablen

Mit diesen Variablen soll die Fähigkeit des Paares zur gemeinsamen Problembewältigung gemessen werden. Die folgenden Variablen werden dabei unterschieden:

1. Anzahl gemeinsamer Lösungen bzw. Versager

Es wird beobachtet, wie oft ein Paar formal zu einer gemeinsamen Lösung kommt. Ist dies nicht der Fall, so spricht man von einem "Versager".

Die Anzahl gemeinsamer Lösungen kann als grober Hinweis darauf verstanden werden, wie oft es dem Paar gelingt, eine Problemstellung zumindest der Form nach zu bewältigen. Gelingt dies dem Paar in der Mehrzahl der Tafeln, so bedeutet dies, daß es in der Lage ist, für Probleme eine Lösung zu finden. Eine Aussage über die Qualität des Ergebnisses ist damit jedoch noch nicht möglich. Das Fehlen von Versagern bedeutet

also nicht, daß eine qualitativ gute Kooperation vorliegt. Die Qualität der Lösungen ergibt sich erst aus den folgenden beiden Variablen:

2. Qualität des Entscheids

Es wird beobachtet, wie oft das Paar zu einer qualitativ guten Entscheidungsbildung kommt, d.h. daß die Zustimmung beider Partner zu der gemeinsamen Lösung ersichtlich ist. Formen von "schlechtem Entscheid" sind einseitige Entscheidungen (die nur von einem Partner autoritär durchgesetzt werden), diffuse Entscheidungen (die ohne klaren Diskussionsabschluß gefällt werden) und Entscheidungen mit eingeschränkter Zustimmung des Partners.

Die Qualität des Entscheids zeigt an, wie das Paar das Versuchsproblem - stellvertretend für Lebensprobleme - zu lösen in der Lage ist, wie kompromißfähig und flexibel es vorgehen kann, um zu einer gemeinsam getragenen und für beide Partner befriedigenden Lösung zu kommen.

3. Qualität des Produkts

Es wird beobachtet, wie oft es dem Paar gelingt, zu einer guten inhaltlichen Qualität der Lösungen zu kommen. Ein "gutes Produkt" wird dabei als eine gemeinsame Lösung von guter Rorschach-Qualität (aufgrund der Rorschach Signierungskategorien) verstanden, wobei es sich um eine einzige und spezifizierte Deutung handeln muß.

Die inhaltliche Qualität der gemeinsamen Lösungen gibt einen Hinweis darauf, wie weit die Partner in der Lage sind, ihre Meinungen so zu diskutieren, daß sie wirklich zu einer inhaltlichen Übereinstimmung bei einer optimalen Qualität der Lösung kommen können.

Die Häufigkeiten der beschriebenen Variablen werden für die Verhaltensanalyse im folgenden Verrechnungsblatt für jedes Paar eingetragen:

Name:

Gruppe:

Testdatum:

	Tafelhalten		Vorschlagszahl		Penetranz		Entscheid		Beurteilung		Qualität	
	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	PRO-DUKT	ENT-SCHIED
I	d ↓ b	a, c	2	②	1		1	↑	↑		1	1
II	b ↓	a	0	①		1	1/2	1/2	↑		1	0
III	b ↓	a	1	②		1	1		↑	↑	1	0
IV	b ↓	a	2	①	1		1/2	1/2			1	1
V	b ↓	a	①	1	1		1			↑	1	0
VI		a	②	0	1		1		↑↑	T	1	0
VII		a	2	②	1		1	T	↑↑↑	T	1	1
VIII		a	①	1	1		1		↑↑↑	↑↑	1	0
IX		a	③	0	1		1	↑↑	↑↑↑	T	1	0
X	b	a	2	③		1	1		T	T	0	0
Total	6 1 x 0	13 0 x 0	16 4 x 0	13 6 x 0	7 0 x 1/2	3 1/2	6 2 x 1/2	4 1/2	7 → 4 → 1 → 12	6 → 5 → 2 → 13	2/10	3/10

Abb. 1: Beispiel für ein Verrechnungsblatt des GRV (ausgefüllt)

Die folgende Erläuterung soll kurz die Vorgehensweise der Kategorisierung darstellen:

In der Kolonne "Tafelhalten" wird jeweils eingetragen, in welcher Reihenfolge Mann oder Frau die Tafel in der Hand hält, wobei die Reihenfolge mit fortlaufenden Buchstaben, angefangen bei a, signiert wird. Halten beide Partner die Tafel miteinander, so wird dies bei beiden mit demselben Buchstaben signiert und durch einen Bogen verbunden. Nimmt ein Partner dem anderen die Tafel nur ab, um sie abzulegen, wird dies mit einem abwärts deutenden Pfeil vermerkt.

In der Kolonne "Vorschlagszahl" wird jeweils die Anzahl der Klecksdeutungen eingetragen, die Mann und Frau pro Tafel produzieren. Die Zahl des Partners, der jeweils die initiale Deutung bringt, wird dabei durch einen Kreis kenntlich gemacht.

In der Kolonne "Penetranz" wird vermerkt, wessen Vorschlag sich zur gemeinsamen Lösung durchsetzen konnte, was in dessen Kolonne mit dem Wert 1 vermerkt wird. Im Fall eines Versagers wird bei beiden Teilnehmern ein waagerechter Strich eingetragen.

Enthält eine gemeinsame Lösung substantiell Teile von Vorschlägen beider Partner, erhält jeder Partner 1/2 Punkt.

In der Kolonne "Entscheid" wird ebenso vorgegangen wie bei "Penetranz". Der Wert 1 bedeutet wieder, daß der entsprechende Partner den Entscheid herbeiführte. Der Wert 1/2 bedeutet, daß beide Partner substantiell in gleichem Ausmaß die Entscheidung herbeigeführt haben. Bei einem Versager erfolgt ebenfalls ein waagerechter Strich.

In der Kolonne "Beurteilung" werden die gegenseitigen Bewertungen der Vorschläge wie folgt signiert: positiv-unterstützende Beurteilungen mit einem aufwärts gerichteten Pfeil ↑,

negativ-ablehnende Beurteilungen mit einem aufwärts gerichteten blockierten Pfeil ↗, ambivalente Beurteilungen mit einem gespaltenen Pfeil ↗↘.

In den beiden Qualitäts-Kolonnen wird die Qualität des Produktes und des Entscheids entweder mit 0 für schlechte Qualität oder mit 1 für gute Qualität eingetragen.

Alle Daten werden für jede der Tafeln I bis X und für Mann und Frau getrennt aufgenommen, außer für die Variablen "Qualität des Produkts" und "Qualität des Entscheids", wo nur das gemeinsame Endprodukt bewertet wird, d.h. für beide Partner nur ein Wert erscheint.

In der letzten Spalte "Total" des Verrechnungsblatts erscheint die Aufsummierung der einzelnen Werte pro Kolonne. Es wird hier außerdem vermerkt, wie oft kooperative Verhaltensweisen wie "gemeinsames Halten der Tafel" (unter der Kolonne "Tafelhalten"), "gemeinsame Lösungen" (unter der Kolonne "Penetranz") und "gemeinsame Entscheide" (unter der Kolonne "Entscheid") erfolgen. Bei den Kolonnen "Qualität des Produkts" und "Qualität des Entscheids" wird die Relation der Gesamtpunkte zur Anzahl der insgesamt erreichten gemeinsamen Lösungen bzw. Entscheide eingetragen, um den Anteil an guten Lösungen und Entscheidungen einzuschätzen.

Ich möchte die Beschreibung des GRV mit einigen Hinweisen auf die testtheoretischen Kriterien des Verfahrens abschließen. Leider werden in der Handanweisung des Tests keine Angaben über Reliabilität oder Validität gemacht. Die Entwicklung des Tests läßt jedoch auf ein gut durchdachtes und valides Instrument schließen. Der GRV verwendet eine standardisierte Situation, in der direkt beobachtet und nach klaren und eindeutig definierten Kriterien qualitativ und quantitativ ausgewertet werden kann. Die Inter-Rater-Reliabilität ist daher als gut einzuschätzen, obwohl exakte statistische Daten hier leider fehlen.

Eine gewisse experimentelle Validierung ergibt sich allerdings aus einigen experimentellen Arbeiten mit dem GRV, wie z.B. KOHLER (1974); KESSELRING (1969; 1974); GIVON (1974); BOA (1969; 1974); PETERSEN (1969); MANIKA (1978) und WILLI (1976).

2. Marital Interaction Coding System - MICS

Das MICS wurde 1971 von HOPS, WILLS, PATTERSON & WEISS entwickelt, um das verbale und nonverbale Verhalten zwischen Ehepartnern objektiv aufzuzeichnen (HOPS et al., 1971; MAR-GOLIN et al., 1975). Primär wurde Wert auf die genaue Kodierung jeder klassifizierbaren verbalen und nonverbalen Verhaltensweise gelegt, die in der Interaktion zwischen den Partnern erfolgt.

Die kleinste klassifizierbare Verhaltenseinheit wird dabei definiert als eine verbale oder nonverbale Reaktion, die inhaltlich homogen ist, ohne Rücksicht auf ihre Länge oder ihre willkürlichen syntaktischen Eigenschaften.

Diese Verhaltenseinheiten sind im MICS in 28 genau definierten Verhaltenscodes klassifiziert.

Da es sich um ein komplexes Kodierungssystem handelt, erfolgt die Kodierung anhand von Videoaufzeichnungen, um die Genauigkeit durch wiederholte Beobachtung zu gewährleisten. Hierfür wird ein 30sekündiges Intervall als Basis-Zeitblock gewählt, der auf dem Videoband mit einem Tonpiepser signalisiert wird.

Auf einem Kodierungsblatt werden die Verhaltenscodes für Mann und Frau getrennt sequentiell jeweils in einer 30sekündigen Reihe eingetragen.

MICS CODING FORM

Couple	Observer	Reliability	Coded Date	Negotiation	Page	Taped Date
AG Agree		DO Disagree		NS Negative Solution		
AP Approval		DR Deny Responsibility		NT Not Tracking		
AR Accept Responsibility		EX Excuse		PD Problem Description		
AS Annuent		HM Humor		PP Positive Physical Contact		
AT Attention		IN Interrupt		PS Positive Solution		
CM Command		LA Laugh		PU Put Down		
CO Compliance		NC Noncompliance		QU Question		
CP Complaint		NO Normative		TA Talk		
CR Criticize		NR No Response		TO Turn Off		
CS Compromise						

TOPIC				
1	1	QU/PD	AT	QU/PD
	2	PD	PD	LA/PU
2	1	QU/PD	AT-----	IN/PD
	2	CR	NS PS	CR
3	1			
	2			
4	1			
	2			
5	1			
	2			
6	1			
	2			
7	1			
	2			
8	1			
	2			
9	1			
	2			
10	1			
	2			

Abb. 2: Beispiel für ein Kodierungsblatt des MICS

Jede kodierte Verhaltensweise wird einfach gewichtet und zu einer Gesamthäufigkeit aufsummiert. Diese Gesamtrate wird dann durch die Anzahl der kodierten Minuten geteilt, um zu einem "Rate pro Min.-Score" für jeden Code zu kommen.

Die Beobachter werden hierfür intensiv trainiert, bis sie eine Reliabilität von mindestens 70 % erreichen.

Validierungsdaten für den MICS ergeben sich sowohl aus einigen Analog-Studien (z.B. BIRCHLER et al., 1975; VINCENT et al., 1975; LERNER, 1974; ROYCE & WEISS, 1975) und aus Therapie-Untersuchungen (z.B. PATTERSON, HOPS & WEISS, 1975; WEISS et al., 1973).

Die Partner von gestörten Paarbeziehungen zeigten dabei z.B. signifikant weniger positive Verstärker, signifikant ineffektivere Problemlösestrategien und signifikant höhere Raten von aversiven Verhaltensweisen (BIRCHLER et al., 1975; VINCENT et al., 1975). WEISS (1973) wies nach, daß nach eherapeutischer Behandlung das konstruktive Problemlöseverhalten signifikant anstieg, während unproduktive und aversive Verhaltensweisen signifikant weniger wurden.

Die 28 Verhaltenscodes lassen sich unter die folgenden sechs Kategorien subsumieren:

1. Positive verbale Verstärker und Reaktionen dem Partner gegenüber (Code: V+).
2. Negative verbale Verstärker und Reaktionen dem Partner gegenüber (Code: V-).
3. Positive nonverbale Verstärker und Reaktionen dem Partner gegenüber (Code: NV+).
4. Negative nonverbale Verstärker und Reaktionen dem Partner gegenüber (Code: NV-).

5. Konstruktives Problemlöseverhalten (Code: Lösungen).

6. Unspezifisches Problemlöseverhalten und Verhaltensweisen
(Code: Unspezifisch).

Beschreibung der Verhaltenscodes und deren Interpretations-
und Symptomwerte

1. Positive verbale Verstärker und Reaktionen (V+)

1.1 Assent (bepflichten, bekräftigen)

Wird kodiert, wenn der zuhörende Partner kurze verbale affirmative Bekräftigungen abgibt, wie "Ja", "Mh" usw., während der andere spricht.

1.2 Approve (Inhaltlich unterstützen)

Wird kodiert bei verbalen Reaktionen, die anzeigen, daß der Partner persönlich gut findet, was der andere gesagt oder getan hat.

Z.B.: "Ich finde es schön, wie Du auf die Kinder eingehen kannst."

1.3 Agree (Übereinstimmen)

Wird kodiert, wenn der eine Partner eine Meinung ausdrückt und die verbale Reaktion des anderen anzeigt, daß er mit der Meinung des Partners Übereinstimmt. Im Unterschied zu "assent", das als Reaktion, während der Partner spricht, kodiert wird, wird "agree" kodiert bei einer affirmativen Reaktion am Ende des Satzes.

Z.B.: Frau: "Ich glaube, wir haben ein Problem mit den Kindern"
Mann: "Ja, das stimmt".

1.4 Compliance (einer Aufforderung nachkommen)

Wird kodiert, wenn die verbale Reaktion des einen Partners einer Aufforderung durch den anderen nachkommt und diese berücksichtigt.

Z.B.: Wenn der eine Partner den anderen auffordert, seine Aussage noch einmal zu wiederholen und dieser tut es.

1.5 Accept responsibility (Verantwortung akzeptieren)

Wird kodiert, wenn ein Partner die Verantwortung für eine Situation oder ein Problem übernimmt und akzeptiert.

Z.B.: "Es stimmt, daß ich manchmal ziemlich gemein zu Dir war". Oder: "Ich glaube, ich habe viel bei den Kindern falsch gemacht".

1.6 Humor (Humor)

Wird kodiert bei einem Statement, das eindeutig die Intention hat, ein Problem oder eine Situation humorvoll in freundlichem Ton anzusprechen (ohne Sarkasmus o.ä.!).

Z.B.: "Ich glaube, wir beide sind manchmal ganz schön blöd".

2. Negative verbale Verstärker und Reaktionen (V-)

2.1 Critizise (kritisieren)

Wird kodiert bei einem feindseligen Statement, das eindeutig Mißfallen an einer spezifischen Verhaltensweise des Partners ausdrückt.

Z.B.: "Für diese blöde Platte hast Du jetzt 20 Mark rausgeschmissen".

2.2 Complain (sich beschweren)

Wird kodiert, wenn ein Partner sich über bestimmte Verhaltensweisen beklagt, ohne jedoch den anderen damit zu beleidigen und zu verletzen.

Z.B.: "Wenn ich das alles nicht mache, würde es nie getan"
(in weinerlichem Ton).

2.3 Disagree (anderer Meinung sein)

Wird kodiert, wenn zunächst der eine Partner eine Meinung äußert und der andere daraufhin verbal so reagiert, daß er damit ausdrückt, daß er hier unterschiedlicher Meinung ist.
Z.B.: "Ich glaube, wir haben ein Problem mit den Kindern".
"Finde ich nicht".

2.4 Noncompliance (einer Aufforderung nicht nachkommen)

Wird kodiert, wenn ein Partner einer verbalen Aufforderung oder einem Wunsch des anderen nicht nachkommt, z.B. wenn dieser ihn auffordert, er möchte das noch einmal wiederholen, was er eben gesagt hat und er dieser Bitte nicht nachkommt.

2.5 Put down (herabsetzen)

Wird kodiert bei einem Kommentar, dessen Funktion es ist, den anderen persönlich zu beleidigen und ihn abzuwerten. Es handelt sich hier um unfreundliche Kommentare.
Z.B.: "Alles, was Du kannst, ist faul zu sein".

2.6 Excuse (etwas entschuldigen)

Wird kodiert, wenn ein Partner die Verantwortung für eine Situation nicht akzeptiert, sondern sein Verhalten durch unplausible Erklärungen entschuldigt und sich damit offensichtlich durch fadenscheinige Argumente aus der Affäre ziehen

will.

Z.B.: Ein Partner war bei einem Freund und kommt 3 Stunden zu spät zum Essen. Gefragt, warum er so spät käme, antwortet er: "Ich wußte gar nicht, daß wir schon so früh essen" oder: "...daß es schon so spät ist".

2.7 No response (keine Reaktion)

Wird kodiert in Situationen, die eindeutig eine verbale Reaktion des Partners verlangt, die jedoch ausbleibt.

Z.B.: Wenn der eine Partner den anderen etwas fragt und dieser keine Antwort gibt. Oder aber auch, wenn beide Partner während einer Diskussion aufhören zu reden und schweigen, obwohl ein Thema noch nicht ausdiskutiert ist.

Symptomwerte von V+ und V-

In positiven und negativen Äußerungen dem Partner und seinem Verhalten gegenüber manifestiert sich die Art der emotionalen Beziehung des Paares und die Fähigkeit des Paares zur wechselseitigen optimalen Kommunikation. Für eine solche offene Kommunikation ist zwar die Äußerung negativer oder aggressiver Inhalte ebenso grundlegend wichtig wie die Mitteilung positiver Inhalte, allerdings ist es für eine befriedigende und produktive Kommunikation erforderlich, daß die positiv-akzeptierenden und unterstützenden Äußerungen etwa in einem Verhältnis 2 : 1 über die negativen Äußerungen überwiegen.

Durch ein Überwiegen negativ-ablehnender Äußerungen wird die Möglichkeit zu einer freien, zufriedenstellenden Kommunikation blockiert, es kommt zur Beziehungsstörung zwischen den Partnern und ist daher ein Symptom hierfür.

V+ und V- sind allerdings rein verbale Kategorien, in denen vor allem verbalisierte bewußte Einstellungen zum Partner ihre Äußerung finden, die einer größeren intellektuellen Kontrolle unterliegen als nonverbale Reaktionen, die als subtilere und indirektere Manifestationen von teilweise noch unbewußten Einstellungen interpretiert werden können. Diese werden im folgenden beschrieben.

3. Positive nonverbale Verstärker und Reaktionen (NV+)

3.1 Positive physical contact (positiver Körperkontakt)

Wird kodiert, wenn der eine Partner den anderen in freundschaftlicher und liebevoller Art körperlich berührt.

3.2 Attention (Aufmerksamkeit)

Wird kodiert, wenn der zuhörende Partner den Blickkontakt zum sprechenden Partner während mindestens 3 Sekunden durchgehend aufrechterhält. Dabei bleibt unberücksichtigt, ob der Sprecher den Blickkontakt aufrechterhält oder nicht.

3.3 Assent (beipflichten)

Wird kodiert bei einer kurzen verstärkenden nonverbalen Reaktion des zuhörenden Partners, wie z.B. Nicken, während der andere spricht.

3.4 Laugh (lächeln, lachen)

Wird kodiert bei positivem, akzeptierendem oder unterstützendem Lächeln oder Lachen.

4. Negative nonverbale Verstärker oder Reaktionen (NV-)

4.1 Disagree (anderer Meinung sein)

Wird kodiert bei einer nonverbalen Reaktion, die anzeigt, daß der eine Partner nicht mit der Meinung des anderen übereinstimmt (wie z.B. Kopfschütteln).

4.2 Turn off (abschalten)

Wird kodiert bei einer nonverbalen Reaktion, die Mißfallen, Abscheu oder Verachtung und daraufhin inneres Abschalten ausdrückt.

Z.B.: Grimassen, Augenrollen, gereiztes Stöhnen etc..

4.3 Not tracking (keine Aufmerksamkeit)

Wird kodiert, wenn der zuhörende Partner keinen Blickkontakt zum sprechenden Partner unterhält. Um dies zu kodieren, muß der Zuhörer länger als 3 Sekunden wegschauen. Schaut der Zuhörer weniger als 3 Sekunden weg und nimmt dann den Blickkontakt wieder auf, wird dies nicht kodiert.

4.4 Interrupt (unterbrechen)

Wird kodiert, wenn ein Partner den anderen mit Fragen, Statements oder Handlungen unterbricht oder versucht zu unterbrechen. Diese Reaktionen werden jedoch nur als "interrupt" kodiert, wenn sie unterbrechende Funktion haben und nicht, wenn sie die Unterhaltung eher erleichtern, wie z.B. kurze unterstützende Zwischenäußerungen wie "stimmt" oder nicken u.ä..

Symptomwert von NV+ und NV-

In den nonverbalen Reaktionen drückt sich die affektive Beziehung unkontrollierter und direkter aus als über die Sprache. Während die Sprache sozial stärker kontrolliert wird, können nichtsprachlich geäußerte Gefühle unkontrollierter, aber deshalb nicht etwa wirkungsgeringer in die partnerschaftliche Auseinandersetzung einfließen und sie beeinflussen. Es scheint inzwischen sogar festzustehen, daß die gefühlsmäßigen und verhaltensmäßigen Reaktionen auf die nichtsprachliche Kommunikation stärker erfolgt als auf die sprachlich-inhaltliche Kommunikation. Die nonverbalen Kommunikationsmuster scheinen daher den Partner oft wirksamer zu beeinflussen (s.a. SATIR, 1967; WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 1969).

Vor allem die nonverbalen Äußerungen sind nach MANDEL et al. (1975) für den Beziehungsaspekt von Reaktionen verantwortlich. Der nichtsprachliche Ausdruck hat sowohl auslösende Funktion für verschiedene Gefühlsreaktionen und Körperempfindungen des Empfängers wie steuernde Funktionen als Signal für günstige bzw. ungünstige Gelegenheiten zum Ausdruck bestimmter Gefühle und auch Funktionen als positive oder negative Verstärker für vorausgehende Verhaltensweisen des Partners. Alles in allem also ein sehr komplexes Wirkungsgefüge.

Im Übrigen gilt für das Verhältnis von positiven zu negativen nonverbalen Reaktionen und deren Symptomwerte für die Störung einer Beziehung dieselbe Aussage wie bereits für die verbalen Reaktionen geschildert.

5. Konstruktives Problemlöseverhalten

5.1 Positive Solution (positive Lösung)

Wird kodiert, wenn ein Partner einen Veränderungsvorschlag bringt, mit dem er möchte, daß der andere oder auch beide Partner etwas bestimmtes tun. Ein solches Statement muß allerdings in neutralem oder freundlichem Ton vorgebracht werden, der Vorschlag muß außerdem vernünftig und realistisch sein, außerdem für das diskutierte Problem relevant sein.

Z.B.: "Es würde uns gut tun, wenn wir mehr miteinander sprechen würden".

5.2 Negative Solution (negative Lösung)

Wird kodiert, wenn ein Partner einen Veränderungsvorschlag bringt, mit dem er möchte, daß der andere oder beide Partner etwas bestimmtes nicht (mehr) tun. Wie bei 5.1 muß ein solches Statement ebenfalls in neutralem oder freundlichem Ton gebracht werden.

Z.B.: "Ich wäre froh, wenn Du nicht mehr so oft allein weggingst".

5.3 Problem Description (Problembeschreibung)

Wird kodiert bei einem Statement, das das gegenwärtige Problem zwischen den Partnern beschreibt. Ein solches Statement kann die Art des Problems, die Ursache des Problems oder die Wirkung des Problems auf die Beziehung beinhalten.

Z.B.: "Wir haben Schwierigkeiten, vernünftig miteinander zu sprechen".

5.4 Compromise (Kompromiß schließen)

Wird kodiert bei einem bestimmten Typ von Problemlösungsverhalten, das sich funktional von einseitigen Veränderungsvor-

schlägen unterscheidet und eine Sequenz von wechselseitig austauschenden Verhaltensweisen und Vorschlägen bis zu einer gemeinsam getragenen Lösung beinhaltet. Es geht hier um die Verhandlung verschiedener Vorschläge der beiden Partner, bis ein Kompromiß für das Verhalten beider Partner gefunden ist.

Z.B.: Am Abend möchte der Ehemann gern zum Essen gehen, während die Frau lieber ins Kino ginge. "Wir könnten uns ja so einigen, daß wir erst essen gehen und dann ins Kino gehen".

Symptomwerte des konstruktiven Problemlöseverhaltens

Eine Beziehungsstörung zeigt sich neben einem gestörten emotional-affektiven Verhältnis vor allem in einer mangelnden Fähigkeit zur gemeinsamen Konfliktbewältigung und Problemlösung. Eine schlechte Kommunikation verhindert die Entwicklung guter Konfliktbewältigungsstrategien und damit konstruktiver, befriedigender partnerschaftlicher Lösungen von Problemen, die zu einer entspannten, gelassenen und für beide zufriedenstellenden Beziehung führen könnten.

Stattdessen müssen ungelöste Probleme durch schlechte Bewältigungsstrategien oder gar Vermeidungsverhalten zur stetigen Kumulation der Probleme und letztlich zur Eskalation in der Beziehung führen.

Das Ausmaß an fehlendem oder schlechtem Problemlöseverhalten ist daher direkt mit dem Ausmaß der Beziehungsstörung in Verbindung zu bringen.

6. Unspezifisches Problemlöseverhalten

6.1 Talk (Gespräch)

Wird kodiert bei Äußerungen, die unspezifisch bezüglich dem diskutierten Problem sind (small talk) und nicht den Anfor-

derungen der Situation bzw. der Problemsituation entsprechen.

6.2 Question (Frage)

Wird kodiert bei unspezifischen Fragen, die nicht unmittelbar problembezogen sind.

Symptomwert des unspezifischen Problemlösungsverhaltens

Das Ausmaß an unspezifischem Problemlösungsverhalten im problembezogenen Gespräch mit dem Partner ist Ausdruck von schlechten Problemlösestrategien und damit Ausdruck der Unfähigkeit zur problemzentrierten Kommunikation. Es ist daher Symptom einer schlecht funktionierenden partnerschaftlichen Kommunikation mit erheblichen Störungen der Fähigkeit zur problemzentrierten Diskussion.

Es drückt sich hier die Unfähigkeit der Partner aus, ein Problem fokal durchzudiskutieren und eine Tendenz zur Flucht vor Problemen und Vermeidung von Auseinandersetzungen.

Die Untersuchung mit dem MICS erfolgte in der vorliegenden Untersuchung in der folgenden Weise: Jedes Paar wurde aufgefordert, ein von ihm selbst zu bestimmendes Partner-Konfliktthema während ca. 15 Minuten miteinander zu diskutieren. Während dieser Interaktionssequenz erfolgte keinerlei Intervention von seiten des Therapeuten, der sich im Hintergrund befand.

Die Interaktion wurde auf Videoband aufgezeichnet. Anhand dieser Aufzeichnung erfolgt später die Kodierung der verschiedenen MICS-Kategorien. Die Beobachtung erfolgt dabei so, daß das Band jeweils nach kurzen Interaktionssequenzen (30 Sekunden) gestoppt wird und die Kodierung für dieses kurze Stück erfolgt. Dabei wird jede Kodierung durch eine Wieder-

holung der Sequenz überprüft und erst danach die nächste Sequenz analysiert. In einer Kodierliste (siehe Anhang) wurden die Beobachtungsdaten unter die entsprechende Sammelkategorie eingetragen. Die genaue Interaktionszeit wird gestoppt und nach Aufsummierung der Häufigkeiten in den verschiedenen Kategorien wird pro Verhaltenskategorie ein Score berechnet, der die Rate des beschriebenen Verhaltens pro Minute (r/min) ausdrückt.

3. Marital Communication Inventory - MCI

Das MCI wurde 1969 von BIENVENU als 46-Item "Self-Inventory" zur Selbsteinschätzung der ehelichen Kommunikation entwickelt (BIENVENU, 1969; 1970). Es beurteilt nicht den Inhalt der Kommunikation, sondern vielmehr die Kommunikationsmerkmale und -muster, so wie sie subjektiv von den Partnern empfunden werden.

Das MCI wurde somit konzipiert als ein subjektives Maß für "succes or failure in marital communication".

Im folgenden ist die von mir ins Deutsche Übertragene Fassung des Fragebogens abgedruckt (Original siehe bitte im Anhang).

Abb. 3: MCI-Fragebogen

Name: Gruppe:	Form M			
	meistens	manchmal	selten	nie
1. Besprechen Sie und Ihre Frau, wie das Familieneinkommen verteilt werden soll?	_____	_____	_____	_____
2. Bespricht sie ihre Arbeit und ihre Interessen mit Ihnen?	_____	_____	_____	_____
3. Haben Sie die Neigung Ihre Gefühle für sich zu behalten?	_____	_____	_____	_____
4. Finden Sie den Ton Ihrer Frau irritierend?	_____	_____	_____	_____
5. Hat sie die Neigung Dinge zu sagen, die sie besser nicht sagen sollte?	_____	_____	_____	_____
6. Sind Ihre Gespräche während der Mahlzeiten angenehm und leicht?	_____	_____	_____	_____
7. Finden Sie es notwendig ihr ihre Fehler nachzuweisen?	_____	_____	_____	_____
8. Scheint sie Ihre Gefühle zu verstehen?	_____	_____	_____	_____
9. Nergelt Ihre Frau an Ihnen herum?	_____	_____	_____	_____
10. Hört sie Ihnen zu, wenn Sie etwas sagen?	_____	_____	_____	_____
11. Reizt es Sie sehr auf, wenn Ihre Frau wütend auf Sie ist?	_____	_____	_____	_____
12. Macht sie Ihnen Komplimente und sagt Ihnen nette Dinge?	_____	_____	_____	_____
13. Ist es schwer für Sie, die Gefühle und Einstellungen Ihrer Frau zu verstehen?	_____	_____	_____	_____
14. Ist sie liebevoll zu Ihnen?	_____	_____	_____	_____
15. Läßt sie Sie ausreden, bevor sie etwas antwortet?	_____	_____	_____	_____

Name: Gruppe:	Form M			
	meistens	manchmal	selten	nie
16. Schweigen Sie und Ihre Frau für längere Zeit, wenn Sie böse aufeinander sind?	_____	_____	_____	_____
17. Erlaubt sie Ihnen Ihre eigenen Interessen und Aktivitäten zu verfolgen, auch wenn sie von ihren eigenen verschieden sind?	_____	_____	_____	_____
18. Versucht sie Sie aufzumuntern, wenn Sie bedrückt und entmutigt sind?	_____	_____	_____	_____
19. Fällt es Ihnen schwer eine andere Meinung als sie zu vertreten, weil Sie befürchten, daß sie ärgerlich wird?	_____	_____	_____	_____
20. Beschwerst sich Ihre Frau darüber, daß Sie sie nicht verstehen?	_____	_____	_____	_____
21. Lassen Sie es Ihre Frau wissen, wenn Sie unzufrieden mit ihr sind?	_____	_____	_____	_____
22. Haben Sie das Gefühl, daß sie es in Wirklichkeit anders meint als sie sagt?	_____	_____	_____	_____
23. Helfen Sie ihr Sie zu verstehen, indem Sie sagen, was Sie denken, fühlen und glauben?	_____	_____	_____	_____
24. Finden Sie und Ihre Frau es schwer anderer Meinung zu sein, ohne dabei wütend zu werden?	_____	_____	_____	_____
25. Spreiten Sie beide viel über Geld?	_____	_____	_____	_____
26. Wenn sich ein Problem ergibt, das gelöst werden muß, können Sie und Ihre Frau es miteinander in Ruhe besprechen?	_____	_____	_____	_____
27. Finden Sie es schwer Ihre wirklichen Gefühle ihr gegenüber auszudrücken?	_____	_____	_____	_____
28. Bietet sie Ihnen ihre Mitarbeit, Ermutigung und emotionale Unterstützung an für Ihre Rolle als Ehemann?	_____	_____	_____	_____
29. Beleidigt Ihre Frau Sie, wenn sie wütend auf Sie ist?	_____	_____	_____	_____
30. Engagieren Sie und Ihre Frau sich gemeinsam in Interessen und Aktivitäten außerhalb des Hauses?	_____	_____	_____	_____
31. Wirft Ihnen Ihre Frau vor, daß Sie ihr nicht zuhören?	_____	_____	_____	_____
32. Läßt sie Sie wissen, daß Sie wichtig für sie sind?	_____	_____	_____	_____

Name: Gruppe:	Form M			
	meistens	manchmal	selten	nie
33. Ist es leichter für Sie sich einem Freund anzuvertrauen als Ihrer Frau?	_____	_____	_____	_____
34. Vertraut Sie sich eher anderen an als Ihnen?	_____	_____	_____	_____
35. Haben Sie das Gefühl, daß Ihre Frau in den meisten Fällen versteht, was Sie sagen wollen?	_____	_____	_____	_____
36. Nimmt Ihre Frau bei gemeinsamen Gesprächen viel Platz für sich ein?	_____	_____	_____	_____
37. Sprechen Sie und Ihre Frau über Dinge, die für Sie beide von Interesse sind?	_____	_____	_____	_____
38. Schmolzt Ihre Frau leicht oder schnappt sie schnell ein?	_____	_____	_____	_____
39. Besprechen Sie intime Dinge mit Ihr?	_____	_____	_____	_____
40. Besprechen Sie und Ihre Frau Ihre persönlichen Probleme miteinander?	_____	_____	_____	_____
41. Kann Ihre Frau erraten, was für einen Tag Sie hatten, ohne sie zu fragen?	_____	_____	_____	_____
42. Fällt es Ihrer Frau schwer Gefühle von Respekt und Bewunderung für Sie auszudrücken?	_____	_____	_____	_____
43. Sprechen Sie und Ihre Frau über angenehme Dinge, die sich während des Tages ereignet haben?	_____	_____	_____	_____
44. Zögern Sie, bestimmte Dinge mit Ihrer Frau zu besprechen, weil Sie befürchten, daß sie Ihre Gefühle verletzen könnte?	_____	_____	_____	_____
45. Tun Sie so, als ob Sie ihr zuhören, obwohl Sie gerade nicht hinhören?	_____	_____	_____	_____
46. Setzen Sie beide sich jemals zusammen hin, nur um Dinge miteinander zu besprechen?	_____	_____	_____	_____

Auf jedes Statement kann in den vier vorgegebenen Antwortmöglichkeiten reagiert werden. Diese vier Möglichkeiten werden bei der Auswertung mit einem Score von 0 bis 3 bewertet, wobei die Score-Höhe ein Index für die Güte der Kommunikation ist, z.B. 0 = niedrigster = schlechtester Wert (Der Bewertungsschlüssel befindet sich im Anhang). Alle Werte werden dann zu einem Gesamtscore aufaddiert, wobei dieser Ge-

samtscore theoretisch zwischen 0 und 138 variieren kann. Bei normalen Versuchspersonen ergab sich anhand einer Untersuchung von 410 Paaren ein Mittelwert von 100 - 102 Punkten. Als Gütekriterien für den Test wurden angegeben: Eine Reliabilität, gemessen mit Split-Half-Korrelation und korrigiert mit Spearman Brown-Formel von $r = .92$. Bezüglich der Validität wurde angegeben, daß 45 der 46 Items bei einem Chi-Quadrat Test zwischen dem oberen und unteren Quartal des Fragebogens auf einem .01 %igen Signifikanzniveau 20 % oder besser diskriminieren. D.h. daß der MCI gut zwischen guter und schlechter Kommunikation bei Partnern unterscheiden kann.

Bezüglich einer Kreuz-Validierung des MCI konnte BIENVENU die durchschnittlichen Werte der folgenden zwei Untersuchungsgruppen vergleichen. Der Durchschnittswert einer Gruppe von 344 Versuchspersonen und einer vergleichbaren Gruppe von 60 Versuchspersonen war nahezu identisch bei gleichen Merkmalen der Gruppen.

Weitere Validierungsdaten schließt BIENVENU aus einer Vergleichsstudie über Partner-Kommunikation bei 23 Paaren, die ehetherapeutische Behandlung erhielten und 23 Paaren ohne Partnerprobleme. Es wurde hypothetisch angenommen, daß zwischen den beiden Gruppen ein signifikanter Unterschied im Ausmaß der ehelichen Kommunikation entstehen würde. Es wurde tatsächlich ein auf dem .01 %igen Signifikanzniveau bestehender Unterschied zwischen den Werten des MCI bei beiden Gruppen festgestellt. Die Paare ohne eheliche Schwierigkeiten hatten signifikant höhere Scores im MCI als die Paare mit Eheproblemen.

4. Partnerfragen

Die oben beschriebenen drei Instrumente erfassen die Beziehungsstörung des Paares anhand einzelner Verhaltensweisen der Partner. Es erschien mir jedoch auch relevant, von den Partnern eine gefühlsmäßige, globale Aussage über ihre Beziehungsstörung zu erhalten, so wie sie bewußt von ihnen erlebt wird.

Mit einer solchen Aussage sollte auch einschätzbar werden, inwieweit eine eventuelle Veränderung im Verhalten der Partner auch sofort erlebnismäßig verarbeitet wird und einstellungsmäßig integriert werden kann.

Die folgenden fünf Items sollten daher die wichtigsten Einstellungsdimensionen zum Partner erfassen:

Name:

Gruppe:

Datum:

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie es Ihnen im Durchschnitt
seit unserem letzten Treffen mit Ihrem Ehepartner gegangen ist.

1. Fühlten Sie sich in Bezug auf Ihren Ehepartner unwohl?

Meistens _____ manchmal _____ selten _____ nie _____

2. Hatten Sie das Gefühl, daß Sie Ihren Ehepartner nicht mehr verstehen?

Meistens _____ manchmal _____ selten _____ nie _____

3. Hatten Sie den Eindruck, daß Sie mit Ihrem Ehepartner nicht mehr so gut auskommen wie früher?

Meistens _____ manchmal _____ selten _____ nie _____

4. Hatten Sie das Gefühl, daß Sie nicht mehr miteinander reden können?

Meistens _____ manchmal _____ selten _____ nie _____

5. Hatten Sie das Gefühl, daß Sie von Ihrem Ehepartner nicht mehr verstanden werden?

Meistens _____ manchmal _____ selten _____ nie _____

Name: _____

Gruppe: _____

Datum: _____

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie es Ihnen im Durchschnitt
im letzten Vierteljahr mit Ihrem Ehepartner gegangen ist.

1. Fühlten Sie sich in Bezug auf Ihren Ehepartner unwohl?

Meistens _____ manchmal _____ selten _____ nie _____

2. Hatten Sie das Gefühl, daß Sie Ihren Ehepartner nicht mehr verstehen?

Meistens _____ manchmal _____ selten _____ nie _____

3. Hatten Sie den Eindruck, daß Sie mit Ihrem Ehepartner nicht mehr
so gut auskommen wie früher?

Meistens _____ manchmal _____ selten _____ nie _____

4. Hatten Sie das Gefühl, daß Sie nicht mehr miteinander reden können?

Meistens _____ manchmal _____ selten _____ nie _____

5. Hatten Sie das Gefühl, daß Sie von Ihrem Ehepartner nicht mehr
verstanden werden?

Meistens _____ manchmal _____ selten _____ nie _____

Abb. 5: 5-Item-Frageliste (für Anwendung nach der Behandlung)

Wie oben ersichtlich, waren vier Reaktionsmöglichkeiten vorgegeben. Diese vier Möglichkeiten werden für die Auswertung mit einem Score von 0 bis 3 bewertet, wobei ein niedriger Wert eine positive Einstellung bedeutet. Für jeden Partner werden die Werte pro Item zu einem Gesamt-Einstellungs-Score aufsummiert, der somit theoretisch zwischen 0 und 15 variieren kann.

5. Therapieerfolgsskala

Um von den Partnern eine subjektive Einschätzung des Therapieerfolgs zu erhalten, wurde ihnen die folgende eindimensionale Skala nach Abschluß der Therapiephase vorgelegt.

Wenn Sie davon ausgehen, daß auf der folgenden Skala ganz links der Ausgangspunkt Ihrer ehelichen Beziehung war, bevor Sie hierher kamen und ganz rechts das Ziel ist, das Sie sich bez. Ihrer Ehe gewünscht haben,

an welcher Stelle stehen Sie dann jetzt? Bitte kreuzen Sie ohne lang zu überlegen diese Stelle nach Ihrem spontanen Gefühl an!

Ausgangspunkt _____ Ziel

Abb. 6: Therapieerfolgsskala

Die Partner sollten auf dem Kontinuum zwischen "Ausgangspunkt vor der Therapie" und "Therapieziel" ihren Standort bestimmen, also dort ankreuzen, wo sie sich nach der Therapie bezüglich ihrer Partnerprobleme und eines vorgestellten Therapieziels zu befinden glaubten.

Der linke Pol war der angenommene "Nullpunkt", auf dem sich die Beziehung befand, bevor die Partner mit der Therapie begannen. Der rechte Pol war der Punkt einer 100 %igen Erreichung des jeweils individuell gewünschten Therapieziels der Partner.

Die Skala wurde ohne Skalierungseinheiten den Partnern vorgelegt, um rein intellektuelle Bestimmungen des Standorts

zugunsten von spontanen, emotional bestimmten Ankreuzungen zu verhindern.

Als jeweiliger Therapieerfolgswert wurde die Länge der Strecke vom Nullpunkt bis zur Ankreuzungsstelle in mm ausgedrückt, so daß ein Wertebereich zwischen 0 und 100 entstand, wobei der Wert 100 der 100 %igen Erreichung des Therapieziels entsprach.

6. Problemliste

Vor der Behandlung wurden die Partner aufgefordert, eine hierarchische Auflistung ihrer Probleme vorzunehmen. Diese Liste diente zur Information über die Problematik des Paares, aber vor allem zur Auswahl der Themen für die Therapie-sitzungen.

Diese Problemliste, die jeder Partner einzeln für sich anfertigt, dient als Ausgangsmaterial für die therapeutischen Sitzungen, wobei von den untersten, d.h. leichtesten Problemen begonnen wird und im Verlauf der Therapie in der Rangreihe der Probleme nach oben fortgeschritten wird.

Liste Ihrer Probleme mit Ihrem Partner

NAME:

Bitte stellen Sie diese Liste ohne Anwesenheit Ihres Partners auf und ohne mit ihm vorher darüber zu sprechen!

Bitte nehmen Sie sich ein Blatt Papier zur Hand und schreiben Sie alle Probleme, Schwierigkeiten, Konfliktbereiche auf, die Sie in der Beziehung zu Ihrem Partner sehen.

Bringen Sie nun die einzelnen Probleme in eine Reihenfolge, wobei Sie das größte an erste Stelle ("Problem 1" in der folgenden Liste) setzen, das zweitgrößte an zweite Stelle usw. bis zum kleinsten. Tragen Sie eine kurze Beschreibung dieser Probleme in der von Ihnen festgelegten Reihenfolge in die unten stehende Liste ein. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte ich auf der Rückseite weiterzuschreiben.

Bringen Sie die Liste bitte zum nächsten Treffen mit.

Problem 1:

Problem 2:

Problem 3:

Problem 4:

Problem 5:

Problem 6:

Problem 7:

Problem 8:

Problem 9:

Problem 10:

Problem 11:

Problem 12:

Problem 13:

Problem 14:

Problem 15:

Abb. 7: Problemliste

Zuordnung von Hypothesen und Meßinstrumenten

Die Hypothesen H_1 bis H_6 (siehe Seite 162 f.) werden mit den folgenden Meßinstrumenten bzw. Variablen dieser Instrumente überprüft:

H_1 : Emotional-affektive Beziehung

Meßvariablen: GRV-Variablen "Beurteilungen"
MICS-Variablen V+, V-, NV+, NV-

Erwartung : Es wird erwartet, daß sowohl die Beurteilungen im GRV als auch die verbalen und nonverbalen Reaktionen im MICS durch die Anwendung der ASK insofern stärker beeinflusst werden, als die negativen und ambivalenten Reaktionen und Äußerungen zugunsten eines Anstiegs der positiven Reaktionen abnehmen.

H_2 : Problemlösungsverhalten und Kooperation

Meßvariablen: GRV-Variablen

"Versager"

"Qualität des Produkts"

"Qualität des Entscheids"

MICS-Variablen "Konstruktives Problemlöse-
verhalten"

"Unspez. Problemlöseverhalten".

Erwartung : Es wird erwartet, daß die o.g. Variablen des Problemlöseverhaltens und der Kooperation im GRV und MICS in folgender Weise durch Anwendung der ASK stärker beeinflusst werden: Die Anzahl der gemeinsamen Lösungen und der Anteil von konstruktivem Problemlöseverhalten

steigt, während das Auftreten von Versagern und unspezifischem Problemlöseverhalten reduziert wird. Die Anzahl der qualitativ guten Produkte und Entscheide steigt ebenfalls.

H_3 : Dominanzverhältnisse

Meßvariablen: GRV-Variablen "Tafelhalten"
"Vorschlagszahl"
"Penetranz"
"Anzahl der Entscheide"
"Initialdeutungen"

Erwartung : Es wird erwartet, daß sich die Dominanzverhältnisse zwischen den Partnern durch Anwendung der ASK stärker ausgleichen (falls sie unausgeglichen sind), d.h. daß keiner der beiden Partner übermäßig den anderen dominiert. Funktional würde sich dies so ausdrücken, daß beide Partner nach der Therapie in etwa dieselben Häufigkeiten bezüglich der o.g. Variablen haben und somit ein ausgewogenes Dominanzverhältnis besteht.

H_4 : Einstellung zum Partner

Meßvariable : Partnerfragen

Erwartung : Es wird erwartet, daß sich die Einstellung zum Partner wie sie sich in den fünf Items ausdrückt, durch Anwendung der ASK stärker positiv verändert, d.h. daß sich nach der Therapie der Einstellungsscore signifikant verringert.

H₅ : Häusliche Kommunikation

Meßvariable : MCI

Erwartung : Es wird erwartet, daß im Rahmen einer Generalisierung oder eines Transfers sich die häusliche Kommunikation positiv entwickelt, d.h. daß durch Anwendung der ASK nach der Therapie die Scores im MCI deutlich höher werden.

H₆ : Subjektiver Therapieerfolg

Meßvariable : Therapieerfolgs-Skala

Erwartung : Es wird erwartet, daß durch die ASK ein größerer subjektiver Therapieerfolg stattfindet. D.h. daß die Scores der Skala nach der Therapie durch die Anwendung der ASK signifikant stärker von Null verschieden sind.

2.3 Treatmentbedingungen und experimentelle Variation

Die Paare für die Untersuchung wurden durch Zeitungsannonce in den größten Münchner Zeitungen gesucht. Angeboten wurde eine kostenlose Kurzzeit-Ehepsychotherapie, wobei den Paaren als Ziel der Untersuchung angegeben wurde, daß erforscht werden sollte, wie sich Störungen in Partnerschaften manifestieren, welche Probleme bestehen und wie man sie beeinflussen kann. Es wurde darauf geachtet, daß der eigentliche Untersuchungszweck bezüglich der ASK nicht bekannt wurde, damit eine Erwartungshaltung bezüglich einem gewünschten Therapieerfolg nicht entstehen konnte.

Beschreibung der Stichproben und der Versuchsgruppen

Anhand eines telefonischen Vorgesprächs wurden per Zufall, in der Reihenfolge ihrer Anmeldung, 30 geeignete Paare für die Untersuchung ausgewählt. Als Vorkriterium für die Eignung des Paares für den Untersuchungszweck wurde die Äußerung eines Kommunikationsproblems bei der Anmeldung bewertet. Äußerungen wie "wir können nicht mehr miteinander reden" u.ä. wurden dabei als Indiz für eine vorliegende Kommunikationsstörung angenommen.

Die zufällige Stichprobe von 30 Paaren aus kommunikativ und emotional gestörten Partnerbeziehungen verteilten sich auf unterschiedliche soziale Schichten und unterschieden sich bezüglich der Kinderzahl, dem Alter der Partner, der Dauer der Beziehung und in der Dauer und Art der Störung. Diese Kennwerte der Probanden sowie eine Auflistung der subjektiv geäußerten Probleme finden sich im Anhang.

Die Paare wurden zufällig auf die folgenden zwei Experimental- und eine Kontrollgruppe von je 10 Paaren verteilt:

Gruppe T (Therapie):

In dieser Gruppe wurden die Paare einzeln mit einer konventionellen, mit verbalen Interventionen arbeitenden Ehepsychotherapie behandelt, die die folgenden beiden Konzepte miteinander kombinierte:

Einen beziehungsanalytischen Ansatz wie bei BOSZOMENYI-NAGY (1975), BAURIEDL (1979), RICHTER (1972) und WILLI (1975) beschrieben und einen kommunikationstherapeutischen Ansatz wie bei MANDEL et al. (1971) dargestellt.

Mit einer so kombinierten Technik soll den Partnern die Möglichkeit eröffnet werden, die Gründe näher zu betrachten, die sie an einer befriedigenden Kommunikation miteinander hindern. Hierzu wird es als entscheidende Voraussetzung erachtet, die Herstellung einer emotionalen Atmosphäre zu fördern, die eine solche Betrachtung erst möglich macht. Denn die Partner werden zunächst umso weniger bereit sein, die Struktur und Dynamik Ihrer wechselseitigen Beziehung anzuschauen, je mehr affektive Spannung anfänglich zwischen ihnen besteht.

Das Verhalten des Therapeuten wird in diesem Zusammenhang darauf abzielen, bei den Partnern mehr Vertrauen zu ermöglichen, damit sie sich voreinander öffnen können, ohne daß diese Öffnung jeweils vom anderen gegen ihn mißbraucht wird. Der Therapeut übernimmt daher die Rolle eines verlässlichen Agenten, der aufpaßt, daß keiner der beiden Partner gefährdet wird, wenn er selbstkritischer über sich nachdenkt und sich öffnet oder auch wenn er dem anderen ohne automatische Abwehr geduldiger zuhört.

Durch diese Technik sollen die Partner lernen, überhaupt erst einmal genauer hinzuschauen, was eigentlich in ihnen und zwischen ihnen abläuft. Dadurch kommen die Partner zu wertvollen Erkenntnissen über ihre Aktionen, Reaktionen und Interaktionen mit dem Partner. Aufgrund dieser sukzessiven Klärung und Entspannung ihres Beziehungskonflikts werden dem Paar andere Reaktionsmöglichkeiten und Gefühle dem Partner gegenüber möglich, die für beide eine befriedigende Beziehung eröffnet.

Gruppe TA (Therapie + ASK)

In dieser Gruppe wurden die Paare ebenfalls mit dem zuvor beschriebenen ehetherapeutischen Ansatz behandelt. Zusätzlich hierzu wurde die Konfrontations-Therapiephase eingeführt, in der die Paare mit Ihrer eigenen Interaktion über

Videoband konfrontiert wurden. Dabei sahen sich die Partner ohne eine begleitende Intervention des Therapeuten Sequenzen der vorangegangenen Therapiesitzung an. Nach der letzten Konfrontation wird das Paar nach einer kurzen Pause, in der der Therapeut das Videoband zurückspult und die für die Konsolidierung der gefühlsmäßigen Eindrücke der Klienten konzipiert ist, verabschiedet.

Gruppe TAD (Therapie + ASK + Diskussion)

In dieser Gruppe wurden die Paare wie oben behandelt, jedoch erfolgte anschließend an die Konfrontationsphase eine Diskussionsphase, in der die beobachtete Interaktion der Partner zusammen mit dem Therapeuten nach spezifischen Kriterien durchgearbeitet und analysiert wird.

Beschreibung der ASK-Phase: Jede therapeutische Sitzung der drei Gruppen wird auf Videoband aufgezeichnet. Bei den Gruppen TA und TAD erfolgt unmittelbar im Anschluß an die therapeutische Sitzung eine Konfrontation der Paare mit kurzen Sequenzen aus der vorausgegangenen Sitzung. Die Auswahl der Sequenzen erfolgte aus versuchsmethodischen Gründen zufällig, wobei darauf geachtet wurde, daß sie sowohl aus der Initialphase als auch aus der mittleren Phase und Abschlußphase der Sitzung stammten. Die versuchsmethodische Begründung dieses Vorgehens war, daß eine inhaltliche Auswahl der Sequenzen einen weiteren Faktor darstellen könnte, dessen Auswirkung auf den therapeutischen Effekt nicht kontrollierbar gewesen wäre, während eine zufällige Auswahl einen solchen systematischen Fehler ausschließen kann, wenn auch dadurch eine optimale Gestaltung der Konfrontation durch mangelnde inhaltliche Bestimmung der Szenen sicher geschmälert worden ist. Für eine spätere therapeutische Anwendung der ASK-Technik sollte sicherlich eine inhaltliche, an psychodynamischen Kriterien orientierte Auswahl der Konfrontationssequenzen diesem Vorgehen vorgezogen werden.

Für die Konfrontation im vorliegenden Experiment wurde den Paaren eine spezifische Instruktion erteilt, die die Aufmerksamkeit der Partner auf den Interaktions- und Kommunikationsaspekt zwischen ihnen zentrieren sollte. Die Instruktion sollte gewährleisten, daß eine kritische Hinwendung zum eigenen Verhalten während der ASK erfolgte und daß diese Beobachtung fokal, auf das Kommunikationsproblem zentriert, erfolgte. Es sollte damit gefördert werden, daß der Anteil an der Beziehungsstörung für jeden Partner deutlich wurde.

Die Konfrontationsszenen waren für diesen Zweck auf kurze Sequenzen von je ca. 5 Minuten beschränkt, um die Aufmerksamkeit und die konstruktive Aufnahmefähigkeit der Probanden nicht zu überfordern und optimale Apperzeptionsbedingungen zu garantieren. Während und nach der Konfrontation erfolgten keinerlei Interventionen von seiten des Therapeuten, der seine Aktivität in dieser Therapiephase auf die Bedienung der Videogeräte beschränkte.

Beschreibung der Diskussions-Phase: Bei der Gruppe TAD erfolgt im Anschluß an jede beobachtete Interaktionssequenz eine Diskussion des Gesehenen zwischen den Partnern und dem Therapeuten, in der das Konfrontationserlebnis durchgearbeitet und analysiert wird.

Dabei werden die Partner ermutigt, Beobachtungen bezüglich ihres eigenen Verhaltens und ihrer Gefühle dem Partner gegenüber offen auszudrücken, um diese Beobachtungen dann im Kontext der Beziehungsstörung auf ihre Bedeutung bezüglich einer negativen Beeinflussung der wechselseitigen Beziehung zu untersuchen. Es wird dabei darauf geachtet, daß jeder Partner überwiegend das eigene Verhalten kritisch kommentiert, so daß ein konstruktives Arbeitsbündnis zwischen den Partnern und dem Therapeuten entstehen kann, ohne daß jeder Partner befürchten muß, vom anderen negativ kritisiert zu wer-

den, wie es in der gestörten Kommunikation des Paares immer wieder abläuft.

Weiter wird in der Diskussionsphase besonders auf sog. Diskrepanzerlebnisse eingegangen. Das sind Erfahrungen, die die Partner während der ASK machen können, wenn sie sich auf dem Monitor wahrnehmen und feststellen, daß sie nach außen und damit für den Partner ganz anders wirken als sie sich innerlich fühlen und dadurch dem Partner etwas anderes vermitteln, als sie vielleicht bewußt wollen.

Durch die Analyse dieser nonverbalen Kommunikationsformen wird den Partnern deutlich, wie widersprüchlich ihre Botschaften an den Partner oft sein können und warum der Partner oft auf eine scheinbar verständnislose Weise reagiert.

Die Partner können durch die Diskussionsphase so den Prozeß ihres Kommunikationsablaufs anhand ihrer Erkenntnisse über das eigene, über den Monitor vermittelte Verhalten sukzessiv besser verstehen. Sie lernen, die verhaltenssteuernden Funktionen ihrer verbalen und nonverbalen Kommunikation und die positiv und negativ verstärkende Wirkung ihres Verhaltens zu erkennen und damit zu verändern.

Begründung der drei Versuchsgruppen

Mit Hilfe der beschriebenen drei Versuchsgruppen sollten die folgenden Schlüsse bezüglich der Wirkung der ASK ermöglicht werden:

1. Wie wirkt sich die Anwendung der Interventionstechnik ASK per se im Rahmen einer Ehe-therapie auf das kommunikative Verhalten der Partner aus, ohne daß eine weitere therapeutische Bearbeitung der Konfrontation erfolgt? Hieraus ergeben sich wichtige Konsequenzen für diese In-

terventionstechnik, z.B. in der Art, daß das Paar im Anschluß an eine therapeutische Sitzung das Band in eigener Regie anschauen könnte und damit die Therapie in ökonomischer Weise effektiviert und optimiert werden könnte. Hierüber gibt die Gruppe TA im Vergleich mit den beiden anderen Gruppen Auskunft.

2. Wie wirkt sich die Anwendung der ASK im Vergleich zu einer traditionellen Ehe-therapie aus? Für diese Fragestellung war die Einführung einer Therapiegruppe ohne ASK notwendig, quasi als Kontrollgruppe für die Effektivität der ASK. Hierüber gibt sowohl die Gruppe TA als auch TAD im Vergleich zur Gruppe T Auskunft.
3. Wie weit wirkt sich die zusätzliche Einführung einer Diskussion und Analyse der ASK noch optimierend auf das Therapieergebnis aus? Hierüber gibt die Gruppe TAD im Vergleich zur Gruppe TA Auskunft.

Durch dieses 3-Gruppen-Design ist somit ein kontrollierter Versuch über die Effektivität der ASK als Interventionstechnik im Rahmen einer Ehe-therapie möglich, in dem außerdem eine Aussage über die relative Effektivität im Vergleich zur traditionellen Ehe-therapie und im Vergleich zweier Techniken der ASK ermöglicht wird. Die Gruppe T fungiert somit gleichzeitig als Kontroll- und Vergleichsgruppe.

2.4 Versuchsphasen

Die Untersuchung erfolgte in drei Phasen:

- I Pre-Test-Phase
- II Therapie-Phase
- III Post-Test-Phase

Phase I: Pre-Test-Phase

Vor der Therapiephase erfolgte eine Voruntersuchung der Paare mit den ab Seite 163 beschriebenen Meßinstrumenten nach folgendem Plan:

1. Problemliste
2. Partnerfragen
3. MCI Marital Communication Inventory
4. Problemdiskussion zur Erstellung einer Kommunikations-Baseline anhand des MICS
5. GRV - Gemeinsamer Rorschach-Versuch.

Die Voruntersuchung erfolgt an zwei verschiedenen Terminen, um eine Interferenz zwischen den einzelnen Instrumenten zu vermeiden.

Phase II: Therapie-Phase

Nachdem die Paare den drei Therapiegruppen zufällig zugeteilt wurden, erhielt jedes Paar den Therapieplan für insgesamt fünf wöchentliche 90minütige Sitzungen. Jede Therapie-sitzung hatte, nach den drei Gruppen getrennt, das folgende Timing:

- | | |
|-----------|---|
| Gruppe T | : 90 Min. konventionelle Ehe-therapie (wie auf Seite 201 f. beschrieben). |
| Gruppe TA | : 70 Min. konventionelle Ehe-therapie, anschließend 20 Min. ASK (wie auf Seite 202 f. beschrieben). |

Gruppe TAD : 50 Min. konventionelle Ehetherapie, anschließend 40 Min. ASK mit jeweils anschließender Diskussion (wie auf Seite 203 beschrieben).

Die Therapiesitzungen werden bei allen drei Gruppen vollständig auf Videoband aufgezeichnet, um diesen Faktor bei allen Gruppen gleichzuhalten.

Phase III: Post-Test-Phase

Nach Abschluß der fünf Therapiesitzungen erfolgte die Post-Test-Phase, in der die vier Messungen der Pre-Test-Phase wiederholt wurden, ebenfalls auf zwei Termine verteilt. Die Messungen wurden 1 - 2 Wochen nach der letzten Sitzung vorgenommen, um nicht den unmittelbaren Effekt der letzten Sitzung, sondern möglichst den Effekt des gesamten Therapieprogramms zu erfassen.

Zusätzlich zu diesen Messungen erfolgte abschließend die Einschätzung auf der Therapie-Erfolgs-Skala durch jeden Partner.

Die Erhebung und Aufschlüsselung der Daten erfolgte wie bei den einzelnen Meßinstrumenten beschrieben (s.a. Seite 166).

3. Darstellung der statistischen Ergebnisse

Zum besseren Verständnis der folgenden Darstellung der Ergebnisse sollen Bemerkungen zum Vorgehen dienen. Die folgende Herleitung der Auswertungsstrategie beschreibt die einzelnen Auswertungs- und Rechenschritte und deren Logik.

Im Anschluß daran folgt die Darstellung der Ergebnisse anhand der im statistischen Design festgelegten drei Auswer-

tungsbereiche (deskriptive, univariate und multivariate Daten-Analyse). Hierfür sollen zunächst nur die Werte der einzelnen Berechnungen, mit Erläuterungen zum statistischen Ergebnis versehen, dargestellt werden. Daran schließt eine vergleichende Analyse aller Ergebnisse an. Eine Auflistung der untersuchten Variablen nach Variablen-Nummern findet sich im Anhang am Ende der Arbeit.

3.1 Darstellung der Auswertungsstrategie

Zur statistischen Berechnung der angenommenen Zusammenhänge zwischen den beschriebenen Treatmentbedingungen und den 20 abhängigen Variablen wurden die folgenden Verfahren angewandt:

1. Deskriptive Datenanalyse

- a) Darstellung der Verteilungswerte in Tabellen;
- b) graphische Darstellung der Häufigkeitsmittelwerte in Blockdiagrammen.

2. Univariate Datenanalyse

- a) Separate T-Tests für jede Variable innerhalb jeder Gruppe und zwischen den Gruppen.
- b) Separate univariate Varianzanalysen für jede Variable zwischen den Gruppen.

3. Multivariate Datenanalyse

Unifaktoriell multivariate Varianzanalyse für vier Variablen-
blengruppen, die aufgrund der Hypothesen zusammengefaßt wurden.

Diese Auswertungsstrategie leitet sich aus den folgenden Überlegungen ab:

Es interessiert erstens die Frage, wie sich die Treatmentbedingungen bezüglich der verschiedenen Variablen in jeder Gruppe auswirkten. Die Mittelwerts- und Häufigkeitsverteilungen im deskriptiven Teil der Auswertung gibt hier eine grobe Vororientierung. Weiter ist von Bedeutung, ob diese Mittelwertsunterschiede innerhalb und zwischen den Gruppen signifikant sind. Mit Hilfe der einzelnen T-Tests wird diese Frage geprüft. Anhand der separaten Varianzanalysen für jede Variable werden weiterhin die Mittelwerte aller drei Gruppen verglichen und die Wahrscheinlichkeit zufälliger Signifikanzen durch die Anwendung der vielen einzelnen T-Tests reduziert.

Die Problematik des hier dargestellten Vorgehens liegt, wie bekannt (s.a. GAENSSLEN & SCHUBÖ, 1973, S. 112 und S. 191 f.) darin, daß

- die Beziehungen unter den einzelnen abhängigen Variablen nicht berücksichtigt werden und
- sich die Wahrscheinlichkeit zufälliger Signifikanzen bei separaten Varianzanalysen bzw. T-Tests von 20 Variablen unbekannt erhöht.

Mit einem zusätzlichen multivariaten Design sollten daher diese Punkte berücksichtigt werden.

Entsprechend meiner Hypothesen wurden die folgenden Variablen zu Gruppen zusammengefaßt, für die jeweils getrennt multivariate Varianzanalysen berechnet wurden:

Variablengruppe 1: V+, V-, NV+, NV- (Hypothese 1)

Variablengruppe 2: positive Beurteilungen, (Hypothese 1)
negative Beurteilungen,
ambivalente Beurteilungen.

Variablengruppe 3: Tafelhalten, Vorschlags- (Hypothese 3)
zahl, Initialdeutung, Pen-
netranz, Entscheid.

Variablengruppe 4: Lösungen, Versager, (Hypothese 2)
Qualität Produkt und
Entscheid.

Durch die Einführung der multivariaten Analyse sollten die folgenden beiden Fragen geklärt werden:

- Besteht zwischen einer der vier beschriebenen Variablen-
gruppen und dem Treatmentfaktor eine (signifikante) Kor-
relation?
- Welches Gewicht fällt den einzelnen Variablen innerhalb
der Gruppe zu?

Mit dieser Auswertungsstrategie sind somit relativ gesicher-
te Schlüsse über Art und Ausmaß des Einflusses der Treat-
mentbedingungen auf die abhängigen Variablen möglich und
gleichzeitig eine gegenseitige Absicherung der Aussagen
durch Vergleichen der verschiedenen statistischen Ergebnisse.

3.2 Deskriptive Datenanalyse

Im folgenden sollen zunächst die Summen der Rohwerte pro
Variable und Gruppe vor und nach dem Treatment und die dar-

aus abgeleiteten Differenz- bzw. Summenwerte, wie sie für die weiteren statistischen Analysen verwendet wurden, in Tabellen dargestellt werden. (Die einzelnen Werte jeder Versuchsperson finden sich im tabellarischen Anhang am Ende der Arbeit.).

Je nach Logik der Variablen wurden für jedes Paar aus den Einzelwerten der Partner ein gemeinsamer Differenz- oder Summenwert erstellt, mit dem dann weitergerechnet wurde. Während sich im Summenwert der von beiden Partnern insgesamt erreichte Wert für die jeweilige Variable ausdrückt, wird im Differenzwert das Zueinander der beiden Werte ausgedrückt. In Tabelle 3 wurden die Summenwerte mit + und die Differenzwerte mit - gekennzeichnet. Die Werte für die Variablen des MICS wurden durch Bildung eines Häufigkeitsquotienten (Rate pro Minute) umgewandelt.

Tabelle 1: Summen der Rohwerte pro Variable und Gruppe vorher

Variable	Gruppe T			Gruppe TA			Gruppe TAD		
	Total N=18	w N=9	m N=9	Total N=20	w N=10	m N=10	Total N=20	w N=10	m N=10
MICS									
V+	81	42	39	55	28	27	60	23	37
V-	209	113	96	479	268	211	367	207	160
NV+	248	124	124	263	127	136	203	91	112
NV-	650	342	308	938	485	453	832	387	445
Lösungen	11	5	6	25	12	13	19	13	6
Unspez.	177	98	79	186	101	85	169	88	81
GRV									
Tafelhalten	161	60	101	270	128	142	231	105	126
Vorschlagszahl	314	171	143	307	163	144	305	157	148
Initialdeutung	90	50	40	100	60	40	100	64	36
Penetranz	80	44,5	35,5	90	43,5	46,5	83	49	34
Entscheid	79	38	41	90	39,5	50,5	81	47	34
Versager	10	-	-	9	-	-	18	-	-
Beurt. pos.	97	53	44	73	36	37	102	51	51
neg.	87	32	55	171	100	71	185	100	85
amb.	50	23	27	51	28	23	52	21	31
Qual. Prod.	68	-	-	73	-	-	64	-	-
Qual. Ent.	48	-	-	50	-	-	42	-	-
Th. erfolgskala	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Partnerfragen	100	45	55	140	71	69	147	87	60
MCI	1363	635	728	1477	765	712	1473	663	810

Tabelle 2: Summen der Rohwerte pro Variable und Gruppe nachher

Variable	Gruppe T			Gruppe TA			Gruppe TAD		
	Total N=18	w N=9	m N=9	Total N=20	w N=10	m N=10	Total N=20	w N=10	m N=10
MICS									
V+	66	34	32	124	57	67	144	56	88
V-	100	60	40	121	64	57	74	45	29
NV+	214	139	75	363	181	182	347	171	176
NV-	355	194	161	289	138	151	252	112	140
Lösungen	42	22	20	84	45	39	111	58	53
Inspez.	63	37	26	48	25	23	32	15	17
GRV									
Tafelhalten	131	57	74	157	67	90	238	104	134
Vorschlagszahl	209	115	94	222	108	114	209	108	101
Initialdeutung	90	54	36	100	53	47	100	48	52
Penetranz	85	48	37	98	50	48	96	51,5	44,5
Entscheid	85	36,5	48,5	96	38,5	57,5	96	50,5	45,5
Versager	6	-	-	3	-	-	4	-	-
Beurt. pos.	89	44	45	151	90	61	169	84	85
neg.	88	39	49	111	61	50	68	30	38
amb.	21	11	10	18	4	14	14	6	8
Qual. Prod.	78	-	-	96	-	-	93	-	-
Qual. Ent.	67	-	-	87	-	-	86	-	-
Th.erfolgskata	60,6	32,1	28,5	72,4	32,1	40,3	93,2	50,2	43,0
Partnerfragen	82	40	42	61 N=18	23 N=9	38 N=9	76 N=16	40 N=8	36 N=8
MCI	1369	657	712	1586	815	771	1542	719	823

Tabelle 3: Umgewandelte Rohwerte pro Variable und Gruppe
vorher/nachher

Variable	Gruppe T N=18		Gruppe TA N=20		Gruppe TAD N=20	
	v	n	v	n	v	n
MICS						
V+	4.50	8.29	3.64	14.99	3.76	15.30
V-	13.32	12.68	31.99	14.48	22.82	8.15
NV+	14.76	27.12	17.04	43.56	12.46	38.70
NV-	40.91	44.65	61.30	33.27	51.84	26.86
Lösungen	.65	5.43	1.67	9.80	1.19	13.02
Unspez.	10.49	8.70	12.06	6.40	10.17	3.06
GRV						
Tafelhalten	41	17	14	23	21	30
Vorschlagszahl	-28	-21	-19	6	- 9	- 7
Initialdeutung	-10	-18	-21	- 6	-28	4
Penetranz	- 9	-11	3	- 2	-15	- 7
Entscheid	3	12	11	19	-13	- 5
Versagen	10	6	9	3	18	4
Beurt. pos.	97	89	73	151	102	169
neg.	87	88	171	111	185	68
amb.	50	21	51	18	52	14
Qual. Prod.	68	78	73	96	64	93
Qual. Ent.	48	67	50	87	42	86
Th.erfolgskala	0	30,5	0	36,4	0	46,8
Partnerfragen	100	82	140	61 N=18	147	76 N=16
MCI	1363	1369	1477	1586	1473	1542

In den Tabellen 4 - 7 werden die Verteilungswerte Mittelwert (MW), Standardabweichung (s) und Varianz (s^2) für die Variablen 1 - 20 pro Gruppe vorher und nachher aufgeführt.

Tabelle 4: Verteilungswerte für die Variablen 1 - 10 vorher

Variable	Gruppe	Summen	MW	s	s^2	N
1 MICS V+	T	4.50	.5000	.5645	.3187	9
	TA	3.64	.3640	.2061	.0425	10
	TAD	3.76	.3760	.2323	.0540	10
2 MICS V-	T	13.32	1.4800	.7864	.6185	9
	TA	31.99	3.1990	2.5531	6.5183	10
	TAD	22.82	2.2820	.8651	.7484	10
3 MICS NV+	T	14.76	1.6400	.7900	.6242	9
	TA	17.04	1.7040	.8679	.7532	10
	TAD	12.46	1.2460	.5222	.2726	10
4 MICS NV-	T	40.91	4.5456	1.1804	1.3934	9
	TA	61.30	6.1300	1.9293	3.7221	10
	TAD	51.84	5.1840	1.3140	1.7266	10
5 MICS Lösgr.	T	.65	.0722	.1000	.0100	9
	TA	1.67	.1670	.1469	.0216	10
	TAD	1.19	.1190	.1326	.0176	10
6 MICS Unspez.	T	10.49	1.1656	.4799	.2303	9
	TA	12.06	1.2060	.4198	.1762	10
	TAD	10.17	1.0170	.4335	.1879	10
7 GRV Tafel- halten	T	41.00	4.5556	7.0730	50.0278	9
	TA	14.00	1.4000	7.8344	61.3778	10
	TAD	21.00	2.1000	8.4123	70.7667	10
8 GRV Vor- schläge	T	-28.00	-3.1111	8.7813	77.1111	9
	TA	-19.00	-1.9000	7.0938	50.3222	10
	TAD	-9.00	-.9000	7.3098	53.4333	10
9 GRV Initial- deutung	T	-10.00	-1.1111	4.8074	23.1111	9
	TA	-21.00	-2.1000	5.3427	28.5444	10
	TAD	-28.00	-2.8000	2.8597	8.1778	10
10 GRV Penetranz	T	-9.00	-1.0000	2.7386	7.5000	9
	TA	3.00	.3000	2.4518	6.0111	10
	TAD	-15.00	-1.5000	3.5668	12.7222	10

Tabelle 5: Verteilungswerte für die Variablen 11 - 20 vorher

Variable	Gruppe	Summen	MW	s	s ²	N
11 GRV Entscheid	T	3,00	,3333	3,9686	15,7500	9
	TA	11,00	1,1000	3,9001	15,2111	10
	TAD	- 13,00	- 1,3000	2,5408	6,4556	10
12 GRV Versager	T	10,00	1,1111	1,7638	3,1111	9
	TA	9,00	,9000	1,2876	1,6556	10
	TAD	18,00	1,8000	1,3984	1,9556	10
13 GRV Pos. Be- urteilung	T	107,00	11,8889	6,4507	41,6111	9
	TA	73,00	7,3000	3,1640	10,0111	10
	TAD	102,00	10,2000	8,0250	64,4000	10
14 GRV Neg. Be- urteilung	T	87,00	9,6667	9,2331	85,2500	9
	TA	171,00	17,1000	8,7235	76,1000	10
	TAD	185,000	18,5000	13,8824	192,7222	10
15 GRV Amb. Be- urteilung	T	50,00	5,5556	3,1667	10,0278	9
	TA	51,00	5,1000	2,8460	8,1000	10
	TAD	52,00	5,2000	2,7406	7,5111	10
16 GRV Qualität Produkt	T	68,00	7,5556	2,1858	4,7778	9
	TA	73,00	7,3000	1,2517	1,5667	10
	TAD	64,00	6,4000	2,0111	4,0444	10
17 GRV Qualität Entscheid	T	48,00	5,3333	2,1794	4,7500	9
	TA	50,00	5,0000	1,8257	3,3333	10
	TAD	42,00	4,2000	1,9322	3,7333	10
18 Therapie- fortschritt skala	T	0	0	0	0	9
	TA	0	0	0	0	10
	TAD	0	0	0	0	10
19 Partner- fragen	T	100,00	11,1111	6,8089	46,3611	9
	TA	140,00	14,0000	6,5149	42,4444	10
	TAD	147,00	14,7000	3,3735	15,7889	10
20 MCI	T	1363,00	151,4444	32,4118	1050,5278	9
	TA	1477,00	147,7000	24,1893	585,1222	10
	TAD	1473,00	147,3367	18,3367	336,2333	10

Tabelle 6: Verteilungswerte für die Variablen 1 - 10 nachher

Variable	Gruppe	Summen	MW	s	s ²	N
1 MICS V+	T	8,29	,9211	,4854	,2357	9
	TA	14,99	1,4990	,9138	,8351	10
	TAD	15,30	1,5300	,8370	,7005	10
2 MICS V-	T	12,68	1,4089	,8191	,6709	9
	TA	14,48	1,4480	,9933	,9866	10
	TAD	8,15	,8150	,5525	,3052	10
3 MICS NV+	T	27,12	3,0133	1,1921	1,4211	9
	TA	43,56	4,3560	,9532	,9086	10
	TAD	38,70	3,8700	1,5247	2,3247	10
4 MICS NV-	T	44,65	4,9611	1,5620	2,4398	9
	TA	33,27	3,3270	1,8937	3,5860	10
	TAD	26,86	2,6860	1,1320	1,2814	10
5 MICS Lösgr.	T	5,43	,6033	,3521	,1239	9
	TA	9,80	,9800	,5700	,3249	10
	TAD	13,02	1,3020	,5950	,3540	10
6 MICS Unspez.	T	8,70	,9667	,9071	,8229	9
	TA	6,40	,6400	,4154	,1725	10
	TAD	3,06	,3060	,1577	,0249	10
7 GRV Tafel- halten	T	17,00	1,8889	8,4623	71,6111	9
	TA	23,00	2,3000	9,8551	97,1222	10
	TAD	30,00	3,0000	7,2572	52,6667	10
8 GRV Vor- schläge	T	-21,00	-2,3333	6,0000	36,0000	9
	TA	6,00	,6000	5,0596	25,6000	10
	TAD	- 7,00	-,7000	4,7152	22,2333	10
9 GRV Initial- deutung	T	-18,00	-2,0000	4,7958	23,0000	9
	TA	- 6,00	-,6000	3,5340	12,4889	10
	TAD	4,00	,4000	4,4020	19,3778	10
10 GRV Penetranz	T	-11,00	-1,2222	2,9486	8,6944	9
	TA	- 2,00	-,2000	2,8206	7,9556	10
	TAD	- 7,00	-,7000	2,6268	6,9000	10

Tabelle 7: Verteilungswerte für die Variablen 11 - 20 nach-
her

Variable	Gruppe	Summen	MW	s	s ²	N
11 GRV Entscheid	T	12.00	1.3333	3.2787	10.7500	9
	TA	19.00	1.9000	2.2828	5.2111	10
	TAD	5.00	.5000	2.9155	8.5000	10
12 GRV Versager	T	6.00	.6667	1.6583	2.7500	9
	TA	3.00	.000	.4830	.2333	10
	TAD	4.00	.4000	.6992	.4889	10
13 GRV Pos. Be- urteilung	T	89.00	9.8889	5.5553	30.8611	9
	TA	151.000	15.1000	6.2973	39.6556	10
	TAD	169.000	16.9000	10.6087	112.5444	10
14 GRV neg. Be- urteilung	T	88.00	9.7778	7.7262	59.6944	9
	TA	111.00	11.1000	7.5931	57.6556	10
	TAD	68.00	6.8000	4.6140	21.2889	10
15 GRV amb. Be- urteilung	T	21.00	2.3333	1.8708	3.5000	9
	TA	18.00	1.8000	2.1499	4.6222	10
	TAD	14.00	1.4000	.8433	.7111	10
16 GRV Qualität Produkt	T	78.00	8.6667	2.0616	4.2500	9
	TA	96.00	9.6000	.6992	.4889	10
	TAD	93.00	9.3000	.8233	.6778	10
17 GRV Qualität Entscheid	T	67.00	7.4444	2.5055	6.2778	9
	TA	87.00	8.7000	.8233	.6778	10
	TAD	86.00	8.6000	1.3499	1.8222	10
18 Therapie- fortschr. skala	T	30.50	3.3889	1.8408	3.3886	9
	TA	36.40	3.6400	2.2726	5.1649	10
	TAD	46.80	4.6800	2.3074	5.3240	10
19 Partner- fragen	T	82.00	9.1111	5.6001	31.3611	9
	TA	61.00	6.7778	3.9299	15.4444	9
	TAD	76.00	9.5000	6.8034	46.2957	8
20 MCI	T	1369.00	152.1111	29.0923	846.3611	9
	TA	1586.00	158.6000	32.2566	1040.4889	10
	TAD	1542.00	154.2000	28.6167	830.4000	10

Zur Veranschaulichung der Daten sollen im folgenden die Gruppenmittelwerte für die einzelnen Variablen zum vorher-nachher-Vergleich graphisch in Blockdiagrammen dargestellt und kommentiert werden.

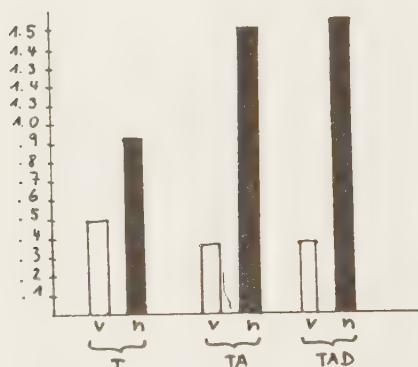


Abb. 8: Variable 1 (MICS V+)

Bei Variable 1 stieg der Mittelwert bei den beiden Gruppen TA und TAD etwa im gleichen Ausmaß auf über das Dreifache an, während sich der Mittelwert der Gruppe T nur knapp auf das Doppelte erhöhte.

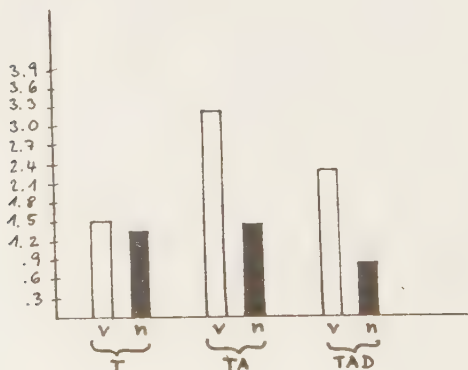


Abb. 9: Variable 2 (MICS V-)

Die Mittelwerte von Variable 2 verringerten sich bei den Gruppen TA und TAD um jeweils über die Hälfte ihrer Ausgangswerte, während der Mittelwert der Gruppe T sich nahezu nicht veränderte.

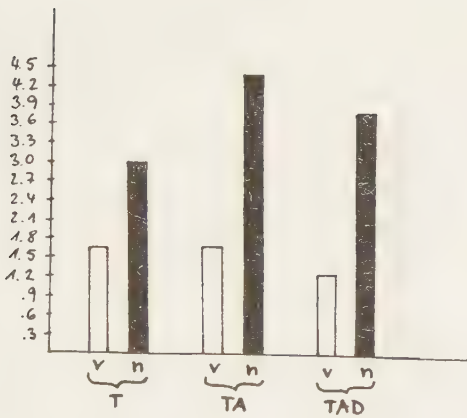


Abb. 10: Variable 3 (MICS NV+)

Bei Variable 3 veränderten sich alle Mittelwerte durch das Treatment stark. Die Häufigkeit stieg wiederum bei den Gruppen TA und TAD etwa gleichermaßen um fast das Dreifache ihres Ausgangswertes, während bei der Gruppe T sich der Mittelwert nur auf knapp das Doppelte erhöhte.

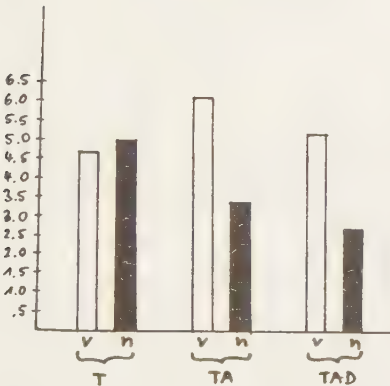


Abb. 11: Variable 4 (MICS NV-)

Bei Variable 4 verringerte sich der Mittelwert bei den Gruppen TA und TAD wieder ungefähr gleichermaßen auf die Hälfte, während der Mittelwert der Gruppe T sich nur sehr geringfügig und das in umgekehrter Richtung veränderte.

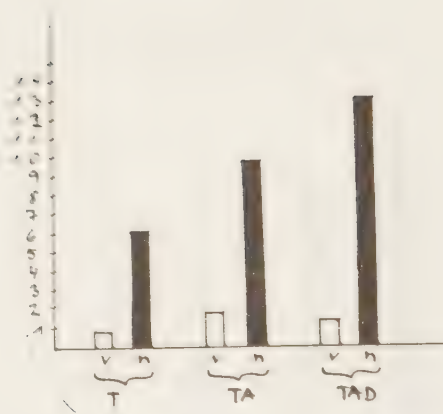


Abb. 12: Variable 5 (MICS Lösungen)

Bei Variable 5 veränderten sich die Mittelwerte bei allen drei Gruppen um ein Vielfaches. Während bei den Gruppen T und TA eine Erhöhung auf ungefähr das Sechsfache erfolgte, stieg der Mittelwert bei Gruppe TAD auf ein Elffaches.

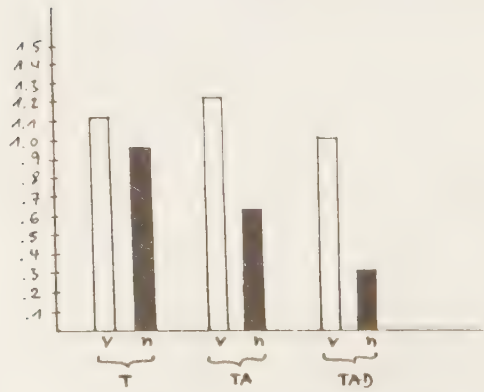


Abb. 13: Variable 6 (MICS Unspezifisch)

Bei Variable 6 fällt deutlich eine größere Veränderung des Mittelwertes bei Gruppe TAD auf, während sich bei der Gruppe T der Mittelwert nur geringfügig veränderte. Bei Gruppe TA verringerte sich der Mittelwert auf ungefähr die Hälfte, während er bei Gruppe TAD auf fast ein Drittel sank.

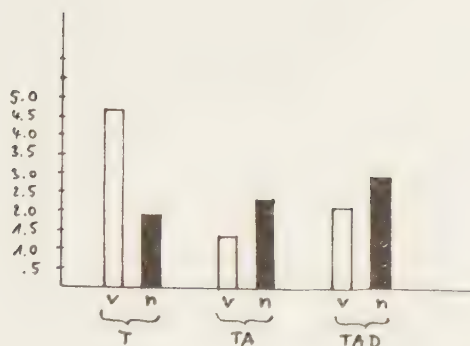


Abb. 14: Variable 7 (GRV Tafelhalten)

Bei Variable 7 veränderten sich die Mittelwerte der verschiedenen Gruppen unterschiedlich. Während bei Gruppe T der Mittelwert auf etwa die Hälfte sank, erhöhten sich die Mittelwerte der Gruppe TA und TAD um circa ein Drittel.

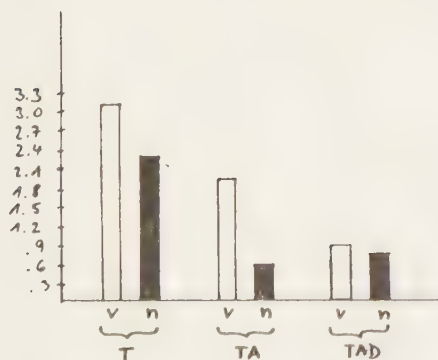


Abb. 15: Variable 8 (GRV Vorschläge)

Bei Variable 8 veränderten sich die Mittelwerte zwar in einheitlicher Richtung, aber in unterschiedlichem Ausmaß bei den drei Gruppen. Bei Gruppe T verringerte sich der Wert um etwa ein Viertel, bei Gruppe TA um etwa zwei Drittel und bei Gruppe TAD nur unwesentlich.

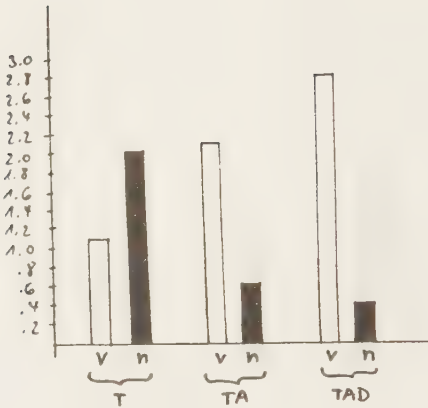


Abb. 16: Variable 9 (GRV Initialdeutung)

Bei Variable 9 veränderten sich die Mittelwerte wiederum unterschiedlich in Richtung und Ausmaß. Während er sich bei Gruppe T auf nahezu das Doppelte erhöhte, verringerte er sich bei Gruppe TA und TAD auf ein Drittel bzw. ein Fünftel des Ausgangswertes.

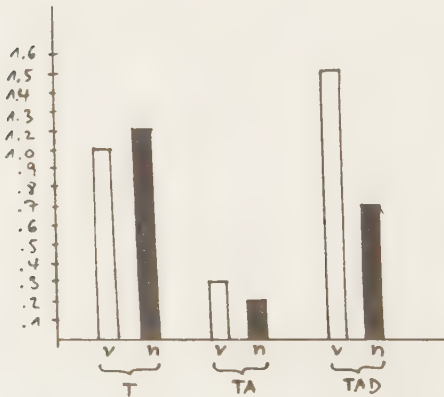


Abb. 17: Variable 10 (GRV Penetranz)

Bei Variable 10 veränderten sich die Mittelwerte der einzelnen Gruppen ebenfalls äußerst unterschiedlich. Bei Gruppe T vergrößerte sich der Wert unwesentlich, bei Gruppe TA verringerte er sich unwesentlich und bei Gruppe TAD reduzierte er sich auf die Hälfte des Ausgangswertes.

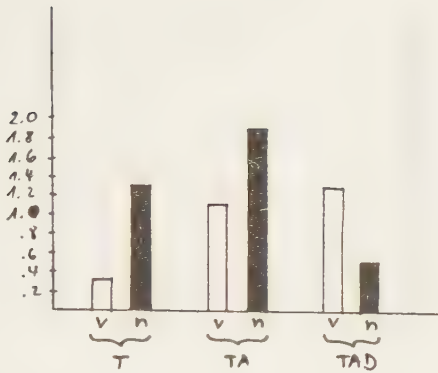


Abb. 18: Variable 11 (GRV Entscheid)

Bei Variable 11 erhöhte sich der Mittelwert bei Gruppe T und TA um das Doppelte bzw. die Hälfte des Ausgangswertes, während er sich bei Gruppe TAD auf über die Hälfte reduzierte.

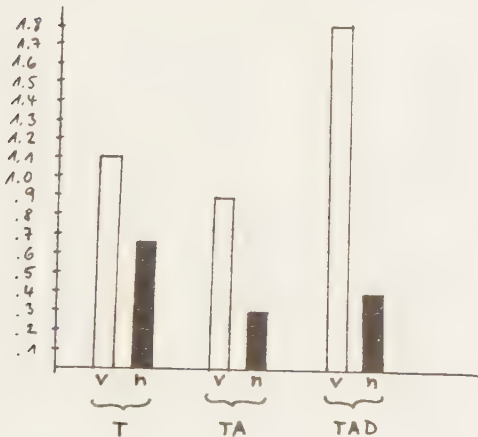


Abb. 19: Variable 12 (GRV Versager)

Bei Variable 12 verringerten sich die Mittelwerte aller drei Gruppen durch das Treatment, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. Bei Gruppe T reduzierte er sich auf etwa zwei Drittel des Wertes vorher, bei Gruppe TA auf etwa ein Drittel und bei Gruppe TAD auf nahezu ein Fünftel des Ausgangswertes.

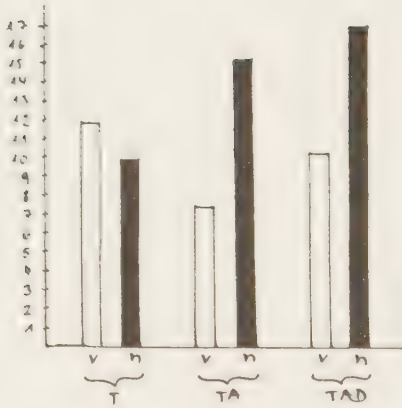


Abb. 20: Variable 13 (GRV Positive Beurteilung)

Bei Variable 13 stieg der Mittelwert bei den Gruppen TA und TAD auf das Doppelte bzw. das Eineinhalbfache an, während sich bei Gruppe T der Wert um etwa ein Sechstel verkleinerte.

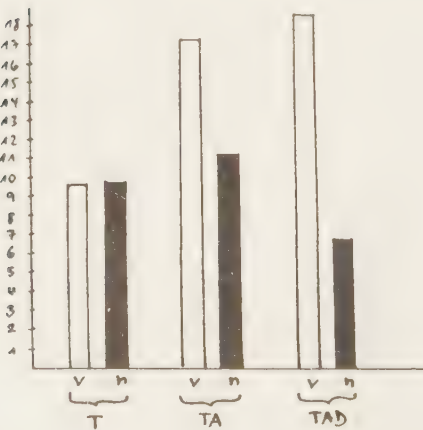


Abb. 21: Variable 14 (GRV Negative Beurteilung)

Bei Variable 14 verringerte sich der Mittelwert der Gruppe TAD durch das Treatment um die Hälfte, bei der Gruppe TA um etwa ein Drittel. Bei Gruppe T blieb der Mittelwert nahezu gleich.

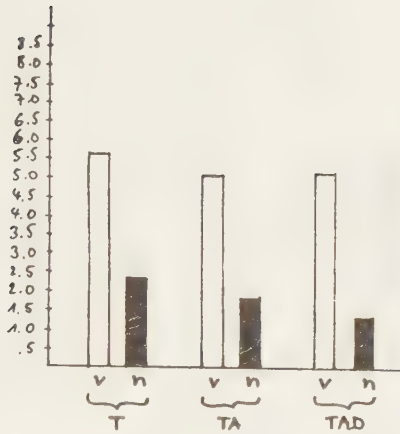


Abb. 22: Variable 15 (GRV Ambivalente Beurteilung)

Bei Variable 15 verringerten sich die Mittelwerte aller drei Gruppen nahezu gleich um deutlich über die Hälfte des Ausgangswertes, wobei die Veränderung bei Gruppe TAD etwas stärker zu sein scheint als bei den anderen Gruppen.

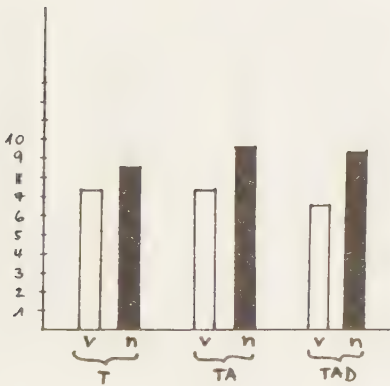


Abb. 23: Variable 16 (Qualität Produkt)

Bei Variable 16 erhöhten sich die Mittelwerte der Gruppen TA und TAD um etwa ein Viertel ihres Ausgangswertes, während sich der Mittelwert der Gruppe T nur um ca. ein Sechstel veränderte.

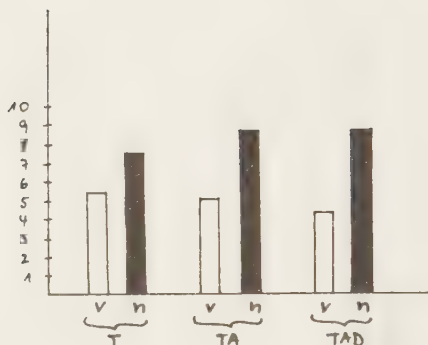


Abb. 24: Variable 17 (GRV Qualität Entscheid)

Bei Variable 17 erhöhte sich der Mittelwert aller drei Gruppen, aber in unterschiedlichem Ausmaß. Bei Gruppe T um ein knappes Drittel, bei Gruppe TA um ein gutes Drittel und bei Gruppe TAD auf das Doppelte.

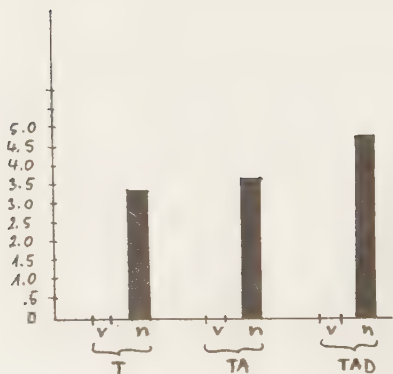


Abb. 25: Variable 18 (Therapieerfolgsskala)

Bei Variable 18 lassen sich die Mittelwerte der einzelnen Gruppen nach der Behandlung direkt miteinander vergleichen, da die Ausgangswerte alle gleich sind (nämlich Null). Während bei den Gruppen T und TA der Mittelwert nach dem Treatment fast derselbe ist, unterscheidet sich der Mittelwert der Gruppe TAD deutlich von den anderen beiden.

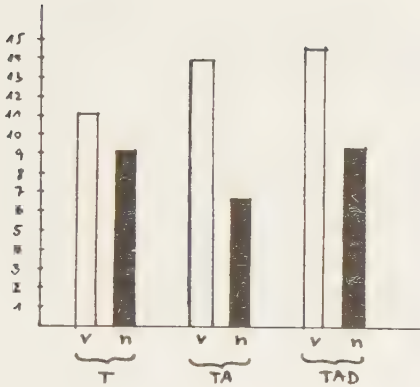


Abb. 26: Variable 19 (Partnerfragen)

Bei Variable 19 erfolgte bei Gruppe TA eindeutig die größte Veränderung des Mittelwertes um ca. die Hälfte. Der Mittelwert der Gruppe TAD verringerte sich um ungefähr ein Drittel und der der Gruppe T nur um etwa ein Sechstel.

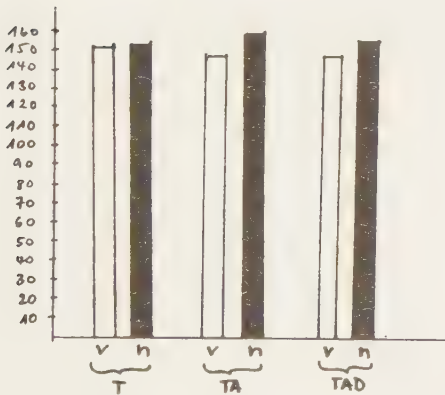


Abb. 27: Variable 20 (MCI)

Bei Variable 20 erfolgten bei allen drei Gruppen nur unwesentliche Veränderungen des Mittelwertes durch das Treatment.

Anhand der Mittelwerte lassen sich zusammenfassend folgende Ergebnisse beschreiben.

Bei den Variablen 1, 2, 3, 4, und 13 zeigte sich einerseits eine wesentlich stärkere Veränderung durch das Treatment bei den Gruppen TA und TAD im Vergleich zur Gruppe T. Andererseits wurden die Variablen jedoch durch das unterschiedliche Treatment bei Gruppe TA und TAD nicht differentiell beeinflusst, so daß die Mittelwertsveränderungen bei diesen beiden Gruppen bezüglich den o.g. Variablen nicht deutlich unterschiedlich ausfielen.

Bei den Variablen 5, 6, 9, 10, 14 und 19 zeigte sich bei den drei Gruppen sowohl eine deutlich stärkere Veränderung der Mittelwerte bei den Gruppen TA und TAD im Vergleich zur Gruppe T als auch ein deutlicher Unterschied in der Mittelwertsveränderung zwischen den Gruppen TA und TAD. Diese Verteilung der Mittelwerte deutet somit darauf hin, daß sich bei diesen Variablen das unterschiedliche Treatment in den drei Gruppen zwischen allen drei Gruppen und nicht wie bei den zuvor beschriebenen Variablen nur zwischen jeweils zwei Gruppen differenzierend ausgewirkt hat.

Bei den Variablen 15, 16, 17 und 20 läßt sich keine unterschiedliche Wirkung des Treatmentfaktors auf die drei Gruppen feststellen, da die Mittelwertsveränderungen bei diesen Variablen bei allen drei Gruppen nahezu gleich sind. Es scheint anhand der Mittelwerte so zu sein, daß diese Variablen nicht in der vorhergesagten Weise auf die Behandlung reagierten.

Die Veränderungen bei den Variablen 7, 8, 11 und 18 lassen sich nicht in die drei oben beschriebenen Gruppen einordnen, da bei jeder dieser Variablen sich die Veränderungen anders gestalteten.

Bei Variable 7 veränderte sich nur der Mittelwert der Gruppe T in der vorausgesagten Richtung, während sich die Mittelwerte der beiden Gruppen TA und TAD entgegen den Hypothesen veränderten.

Bei Variable 8 erfolgte zwar bei allen drei Gruppen eine Veränderung der Mittelwerte in vorausgesagter Richtung, bei den Gruppen T und TA erfolgte jedoch eine stärkere Verminderung des Mittelwertes, während bei Gruppe TAD der Wert nahezu gleich blieb.

Bei Variable 11 veränderte sich der Mittelwert von Gruppe T und TA in entgegengesetzter Richtung als vorausgesagt und nur bei Gruppe TAD erfolgte eine Veränderung analog der Hypothesen.

Bei Variable 18 schließlich war die Veränderung der Mittelwerte bei Gruppe T und TA in etwa gleich, während der Mittelwert von Gruppe TAD sich etwas stärker veränderte.

Abschließend lassen sich anhand dieser Mittelwerts-Vergleiche folgende vorläufige Vermutungen bezüglich meiner Untersuchungs-Hypothesen aufstellen:

Bei 12 der 20 Variablen läßt sich eine eindeutig stärkere Veränderung der Mittelwerte durch den Treatment-Faktor "Audiovisuelle Selbstkonfrontation" feststellen, d.h. daß sich die Mittelwerte bei den Gruppen TA oder TAD deutlich stärker veränderten als bei Gruppe T.

Inhaltlich handelt es sich dabei vor allem um Variablen des affektiven Beziehungsstils (Variable 1, 2, 3, 4, 13, 14), dann um Variablen des Problemlöseverhaltens (Variable 5, 6, 12), um zwei Variablen der Dominanz (9, 10) und um die Variable der Partnereinstellung (Variable 19). Bezogen auf die Hypothesen der Untersuchung läßt sich die Vermutung äußern, daß Hypothese 1 ("emotional-affektive Beziehung"), Hypothese 2 ("Problemlöseverhalten und Kooperation") und Hypothese 4 ("Partnerschaft") sehr wahrscheinlich, Hypothese 3 ("Domi-

nanz") und Hypothese 6 ("subjektiver Therapieerfolg") eventuell anhand der Ergebnisse in den Mittelwerten bestätigt wurden, Hypothese 5 ("Häusliche Kommunikation", vertreten durch Variable 20) eindeutig nicht bestätigt wurde.

Aus dieser Beurteilung fallen die Variablen 15, 16 und 17 heraus, da bei Ihnen eine angenommene unterschiedliche Beeinflussung durch den Treatment-Faktor nicht erfolgte. Dasselbe gilt für die Variablen 7, 8, 11 und 18, bei denen keine systematische Beeinflussung der Variablen wie durch die Hypothesen angenommen stattfand.

Durch dieses Ergebnis bei den Variablen 7, 8 und 11 wird die Hypothese 3 in Frage gestellt, da drei der Meßvariablen, mit der diese Hypothese untersucht wurde, damit keine eindeutigen Ergebnisse im Sinn der Hypothese ergaben.

Die Variablen 16 und 17 fungierten als Meßvariablen für die Untersuchung der Hypothese 2. Da sich hier die anderen drei Variablen im Sinn der Hypothese veränderten (s.o.), kann hier nur darauf hingewiesen werden, daß Hypothese 2 nicht durch die Ergebnisse in allen Variablen gesichert scheint.

Variable 15 gehört zur Untersuchung von Hypothese 1. Da alle übrigen sechs Variablen, die zur Sicherung dieser Hypothese verwendet wurden, aufgrund der Mittelwerte die Hypothese zu sichern scheinen, kann sie vermutlich vernachlässigt werden.

Betrachtet man nun die Variablen, die anhand der Mittelwerte zusätzlich zwischen den beiden Gruppen TA und TAD differenzieren (Variable 5, 6, 9, 10, 12, 14 und 19), kann man bezüglich der Wirkung des zusätzlich eingeführten Treatment-Faktors "Diskussion" bei der Gruppe TAD vermuten, daß diese Variablen besonders empfindlich auf dieses Treatment reagiert haben. Betrachtet man diese Variablen anhand ihrer Zugehörigkeit zu den Variablengruppen der einzelnen Hypothesen, so

kann man aufgrund der Mittelwerte feststellen:

Variable 5, 6 und 12 sind drei der fünf Variablen, die zur Prüfung von Hypothese 2 eingesetzt wurden. Für diese Hypothese scheinen die Mittelwerte darauf hinzuweisen, daß hier die zusätzlich eingeführte Therapiephase der Diskussion eine weitere Verbesserung des Therapieergebnisses verursacht hat.

Variablen 9 und 10 gehören zu den fünf Variablen, mit denen Hypothese 3 geprüft wurde. Man kann aufgrund der Mittelwertverteilung bei den drei Gruppen bezüglich dieser beiden Variablen sagen, daß sie sich durch die unterschiedlichen Treatment-Bedingungen offensichtlich in vermuteter Richtung verändert haben. Für diese Hypothese scheinen die Mittelwerte dieser beiden Variablen darauf hinzudeuten, daß hier die zusätzlich eingeführte Therapiephase der Diskussion eine weitere Verbesserung des Therapieergebnisses verursacht hat.

Variable 14 spricht offensichtlich als einzige im Variablensatz zur Prüfung von Hypothese 1 auf die zusätzliche Treatment-Bedingung "Diskussion" eindeutig an, während die anderen Variablen nur zwischen Gruppe T einerseits und den Gruppen TA und TAD andererseits differenzierten (s.o.).

Variable 19, mit der Hypothese 4 geprüft wird, spricht ebenfalls in Richtung der Hypothese eindeutig unterschiedlich auf alle drei Treatment-Bedingungen an.

Hiermit soll die deskriptive Daten-Analyse anhand der Mittelwerte abgeschlossen werden. Die anschließende univariate Daten-Analyse soll im folgenden weiter klären, ob sich die aufgrund der Mittelwerte vermuteten Ergebnisse durch die Ergebnisse in den univariaten Prüfverfahren stützen lassen und eine statistische Bedeutung (Signifikanz) erlangen.

3.3 Univariate Datenanalyse

In der folgenden univariaten Datenanalyse werden die Ergebnisse der separaten T-Tests und Varianzanalysen für jede Variable dargestellt und untersucht.

3.3.1 T-Tests

Im folgenden sollen mit Hilfe von separaten T-Tests die Fragen geklärt werden

- Inwieweit die Mittelwertsunterschiede innerhalb jeder Gruppe im vorher-nachher-Vergleich bei den einzelnen Variablen signifikant voneinander verschieden sind und
- Inwieweit diese Unterschiede sich zwischen den Gruppen signifikant auswirken.

Zu diesem Zweck werden für jede Variable in einer Tabelle zunächst die T-Test-Werte für den Vergleich innerhalb jeder Gruppe und anschließend für den Vergleich zwischen den Gruppen dargestellt. Anschließend an jede Tabelle wird das statistische Ergebnis verbal wiedergegeben. Im Anschluß an die tabellarische Ergebnisaufstellung der T-Tests für alle Variablen sollen inhaltliche Schlüsse gezogen werden, wie sie sich für die Hypothesen der Untersuchung anhand der T-Tests darstellen.

Tabelle 8: T-Test für Variable 1 (MICS V+)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	1.41	>.05	n.s.
Gruppe TA	18	4.11	<.01	sign.
Gruppe TAD	18	4.52	<.01	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	2.95	<.01	sign.
T : TA	17	2.60	<.01	sign.
TAD : TA	18	.60	>.05	n.s.

Statistisches Ergebnis:

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Sowohl bei Gruppe TA als auch bei Gruppe TAD zeigten sich hoch signifikante Veränderungen durch das Treatment, während die Mittelwertsveränderung bei Gruppe T unter dem Signifikanzniveau blieb.
- b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergaben sich hoch signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwertsveränderungen bei Gruppe T und TAD und zwischen den Gruppen T und TA, d.h. daß sich sowohl das Treatment TA als auch TAD im Vergleich zum Treatment T signifikant unterscheidend auswirkte. Die Mittelwertsdifferenz von Gruppe TAD unterschied sich jedoch nicht signifikant von Gruppe TA, so daß davon ausgegangen werden muß, daß das Treatment TAD keinen statistisch bedeuten- den Zuwachs an Wirksamkeit erbrachte.

Tabelle 9: T-Test für Variable 2 (MICS V-)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	1.52	>.05	n.s.
Gruppe TA	18	2.70	<.01	sign.
Gruppe TAD	18	6.48	<.01	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	3.93	<.01	sign.
T : TA	17	1.76	<.01	sign.
TAD : TA	18	.66	>.05	n.s.

Statistisches Ergebnis

a) Innerhalb jeder Gruppe: Sowohl bei Gruppe TA als auch bei Gruppe TAD zeigten sich hoch signifikante Veränderungen durch das Treatment, während die Mittelwertsveränderung bei Gruppe T unter dem Signifikanzniveau blieb.

b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergaben sich hoch signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwertsveränderungen von Gruppe T und TAD und von Gruppe T und TA. Hieraus läßt sich schließen, daß sich sowohl das Treatment TA als auch das Treatment TAD im Vergleich zu Treatment T signifikant unterscheidend auswirkte.

Die Mittelwertsdifferenz von Gruppe TAD unterschied sich jedoch nicht signifikant von der der Gruppe TA. Dies bedeutet, daß durch das Treatment TAD kein statistisch bedeutender Zuwachs mehr verursacht wurde.

Tabelle 10: T-Test für Variable 3 (MICS NV+)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	1.96	< .05	sign.
Gruppe TA	18	6.10	< .01	sign.
Gruppe TAD	18	12.06	< .01	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	4.90	< .01	sign.
T : TA	17	3.72	< .01	sign.
TAD : TA	18	.45	> .05	n.s.

Statistisches Ergebnis

a) Innerhalb jeder Gruppe: Bei allen drei Gruppen erfolgten signifikante Veränderungen durch das Treatment. Während die Mittelwertsveränderungen bei den Gruppen TA und TAD auf einem Signifikanzniveau von 1 % bedeutend waren, erreichte die Veränderung bei Gruppe T nur ein Signifikanzniveau von 5 %.

b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergaben sich hoch signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwertsveränderungen von Gruppe T und TAD und von Gruppe T und TA. Dies läßt darauf schließen, daß sich sowohl das Treatment TA als auch das Treatment TAD im Vergleich zu Treatment T in statistisch bedeutender Weise auswirkte.

Die Mittelwertsdifferenz von Gruppe TAD unterschied sich jedoch nicht signifikant von der der Gruppe TA. Das heißt, daß durch Treatment TAD kein statistisch bedeutender Zuwachs mehr verursacht wurde.

Tabelle 11: T-Test für Variable 4 (MICS NV-)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	1.98	<.05	sign.
Gruppe TA	18	5.36	<.01	sign.
Gruppe TAD	18	9.31	<.01	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	4.03	<.01	sign.
T : TA	17	2.98	<.01	sign.
TAD : TA	18	.46	>.05	n.s.

Statistisches Ergebnis

a) Innerhalb jeder Gruppe: Bei allen drei Gruppen erfolgten signifikante Veränderungen durch das Treatment. Während jedoch die Mittelwertsveränderungen bei den Gruppen TA und TAD auf einem Signifikanzniveau von 1 % bedeutend waren, erreichte die Veränderung bei Gruppe T nur ein Signifikanzniveau von 5 %.

b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergaben sich hoch signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwertsveränderungen von Gruppe T und TAD und von Gruppe T und TA. Hieraus kann man schließen, daß sich sowohl das Treatment TA als auch das Treatment TAD im Vergleich zu Treatment T signifikant unterschiedlich auswirkte.

Die Mittelwertsdifferenz von Gruppe TAD unterschied sich jedoch nicht signifikant von der der Gruppe TA. Durch Treatment TAD erfolgte somit kein statistisch bedeutender Zuwachs mehr.

Tabelle 12: T-Test für Variable 5 (MICS Lösungen)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	3.65	<.01	sign.
Gruppe TA	18	4.83	<.01	sign.
Gruppe TAD	18	5.55	<.01	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	2.94	<.01	sign.
T : TA	17	1.06	>.05	n.s.
TAD : TA	18	1.94	<.05	sign.

Statistisches Ergebnis

a) Innerhalb jeder Gruppe: Bei allen drei Gruppen erfolgten signifikante Mittelwertsveränderungen durch das Treatment auf gleich hohem Signifikanzniveau (1 %).

b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergab sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwertsveränderungen von Gruppe T und TAD, während sich die Veränderung in Gruppe TA nicht signifikant von der in Gruppe T unterschied. Die Veränderung in Gruppe TAD unterschied sich wiederum signifikant von der in Gruppe TA.

Es kann aus diesem Ergebnis geschlossen werden, daß nur durch Treatment TAD ein statistisch bedeutender Zuwachs im Vergleich zur Wirkung von Treatment T erfolgte, nicht aber durch Treatment TA.

Tabelle 13: T-Test für Variable 6 (MICS Unspezifisch)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	2.16	< .01	sign.
Gruppe TA	18	2.51	< .01	sign.
Gruppe TAD	18	4.30	< .01	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	.71	> .05	n.s.
T : TA	17	.19	> .05	n.s.
TAD : TA	18	1.14	> .05	n.s.

Statistisches Ergebnis

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Bei allen drei Gruppen erfolgten signifikante Mittelwertsveränderungen durch das Treatment auf gleich hohem Signifikanzniveau (1 %).
- b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergab sich, daß sich die Mittelwertsveränderungen aller drei Gruppen nicht signifikant voneinander unterscheiden. Der Zuwachs scheint somit bei allen drei Treatments ähnlich groß zu sein, zumindest nicht signifikant voneinander verschieden.

Tabelle 14: T-Test für Variable 7 (GRV Tafelhalten)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	.73	>.05	n.s.
Gruppe TA	18	.26	>.05	n.s.
Gruppe TAD	18	.23	>.05	n.s.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	.94	>.05	n.s.
T : TA	17	.75	>.05	n.s.
TAD : TA	18	.13	>.05	n.s.

Statistisches Ergebnis

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Bei keiner der drei Gruppen ergab sich eine statistisch signifikante Mittelwertsveränderung durch das Treatment.
- b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen wirkten sich die Mittelwertsveränderungen durch das Treatment nicht signifikant unterscheidend zwischen den Treatments aus.

Tabelle 15: T-Test für Variable 8 (GRV Vorschlagszahl)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	.21	>.05	n.s.
Gruppe TA	18	.91	>.05	n.s.
Gruppe TAD	18	.07	>.05	n.s.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	.37	>.05	n.s.
T : TA	17	.51	>.05	n.s.
TAD : TA	18	.83	>.05	n.s.

Statistisches Ergebnis

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Bei keiner der drei Gruppen ergab sich eine statistisch signifikante Mittelwertsveränderung durch das Treatment.
- b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen wirkten sich die Mittelwertsveränderungen durch das Treatment nicht signifikant unterscheidend zwischen den Treatments aus.

Tabelle 16: T-Test für Variable 9 (GRV Initialdeutung)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	.37	>.05	n.s.
Gruppe TA	18	.67	>.05	n.s.
Gruppe TAD	18	2.07	<.05	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	2.06	<.05	sign.
T : TA	17	1.39	>.05	n.s.
TAD : TA	18	.78	>.05	n.s.

Statistisches Ergebnis

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Während bei Gruppe T und TA keine signifikanten Mittelwertsveränderungen erfolgten, waren die Veränderungen in der Treatment-Gruppe TAD auf dem 5 %-Niveau statistisch bedeutend.
- b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergab sich sowohl zwischen den Veränderungen von Gruppe T und TA als auch von Gruppe TAD und TA kein signifikanter Unterschied, während die Mittelwertsveränderungen von Gruppe T und TAD auf dem 5 % Niveau signifikant voneinander verschieden waren.
- D.h. im Vergleich zu Treatment T war nur Treatment TAD in der Lage, einen entscheidenden Zuwachs zu verursachen. Im Vergleich zu Treatment TA wirkte sich dieser Zuwachs jedoch nicht unterscheidend aus.

Tabelle 17: T-Test für Variable 10 (GRV Penetranz)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	.16	> .05	n.s.
Gruppe TA	18	.42	> .05	n.s.
Gruppe TAD	18	.61	> .05	n.s.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	.50	> .05	n.s.
T : TA	17	.15	> .05	n.s.
TAD : TA	18	.91	> .05	n.s.

Statistisches Ergebnis

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Bei keiner der drei Behandlungsgruppen wirkte sich das Treatment als eine statistisch signifikante Mittelwertsveränderung aus.
- b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen wirkten sich die Mittelwertsveränderungen durch das Treatment nicht signifikant unterscheidend zwischen den drei Gruppen aus.

Tabelle 18: T-Test für Variable 11 (GRV Entscheid)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	.58	$>.05$	n.s.
Gruppe TA	18	.48	$>.05$	n.s.
Gruppe TAD	18	1.29	$>.05$	n.s.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	.10	$>.05$	n.s.
T : TA	17	.12	$>.05$	n.s.
TAD : TA	18	.06	$>.05$	n.s.

Statistisches Ergebnis

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Bei keiner der drei Behandlungsgruppen wirkte sich das Treatment als eine statistisch signifikante Mittelwertsveränderung aus.
- b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen wirkten sich die Mittelwertsveränderungen durch das Treatment nicht signifikant unterscheidend zwischen den drei Gruppen aus.

Tabelle 19: T-Test für Variable 12 (GRV Versager)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	.55	$> .05$	n.s.
Gruppe TA	18	1.38	$> .05$	n.s.
Gruppe TAD	18	28.18	$< .01$	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	1.74	$< .05$	sign.
T : TA	17	.33	$> .05$	n.s.
TAD : TA	18	1.59	$> .05$	n.s.

Statistisches Ergebnis

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Während bei Gruppe T und TA keine signifikanten Mittelwertsveränderungen erfolgten, waren die Veränderungen in der Treatment-Gruppe TAD auf dem 5 %-Niveau statistisch bedeutend.
- b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergab sich weder zwischen den Veränderungen von Gruppe T und TA noch von Gruppe TAD und TA ein signifikanter Unterschied, während die Mittelwertsveränderungen von Gruppe T und TAD auf dem 5 %-Niveau signifikant voneinander verschieden waren.
- D.h. im Vergleich zu Treatment T war nur Treatment TAD in der Lage, einen entscheidenden Zuwachs zu verursachen. Im Vergleich zu Treatment TA wirkte sich dieser Zuwachs jedoch nicht signifikant unterscheidend aus.

Tabelle 20: T-Test für Variable 13 (GRV positive Beurteilung)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	34	.19	$>.05$	n.s.
Gruppe TA	38	3.70	$<.01$	sign.
Gruppe TAD	38	2.10	$<.02$	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	36	2.69	$<.01$	sign.
T : TA	36	3.12	$<.01$	sign.
TAD : TA	38	.41	$>.05$	n.s.

Statistisches Ergebnis

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Sowohl bei Gruppe TA als auch bei Gruppe TAD zeigten sich hoch signifikante Veränderungen durch das Treatment, während die Mittelwertsveränderung bei Gruppe T unter dem Signifikanzniveau von 5 % blieb.
- b) Im Vergleich zwischen den Gruppen ergaben sich hoch signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwertsveränderungen von Gruppe T und TAD einerseits und von Gruppe T und TA andererseits. Hieraus läßt sich schließen, daß sowohl das Treatment TA als auch das Treatment TAD im Vergleich zu Treatment T signifikant erfolgreicher war.
- Die Mittelwertsdifferenz von Gruppe TAD unterschied sich jedoch nicht signifikant von der der Gruppe TA. Dies bedeutet, daß durch das Treatment TAD kein signifikanter Zuwachs mehr verursacht wurde.

Tabelle 21: T-Test für Variable 14 (GRV negative Beurteilung)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	34	.04	>.05	n.s.
Gruppe TA	38	2.03	<.02	sign.
Gruppe TAD	38	3.44	<.01	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	37	2.40	<.02	sign.
T : TA	37	1.19	>.05	n.s.
TAD : TA	38	1.01	>.05	n.s.

Statistisches Ergebnis:

a) Innerhalb jeder Gruppe: Sowohl bei Gruppe TA als auch bei Gruppe TAD zeigten sich hoch signifikante Veränderungen durch das Treatment, während die Mittelwertsveränderung durch Treatment T unter dem Signifikanzniveau von 5 % blieb.

b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergaben sich weder zwischen den Veränderungen von Gruppe T und TA noch von Gruppe TAD und TA signifikante Unterschiede, während die Mittelwertsveränderungen von Gruppe T und TAD auf dem 2 %-Niveau signifikant voneinander verschieden waren.

Das bedeutet, daß im Vergleich zu Treatment T nur Treatment TAD in der Lage war, einen statistisch bedeutenden Zuwachs zu verursachen. Im Vergleich zu Treatment TA wirkte sich dieser Zuwachs jedoch nicht signifikant unterscheidend aus.

Tabelle 22: T-Test für Variable 15 (GRV ambivalente Beurteilungen)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	34	2.76	< .01	sign.
Gruppe TA	38	3.14	< .01	sign.
Gruppe TAD	38	4.05	< .01	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	36	.40	> .05	n.s.
T : TA	36	.05	> .05	n.s.
TAD : TA	38	.30	> .05	n.s.

Statistisches Ergebnis

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Bei allen drei Gruppen erfolgten signifikante Mittelwertsveränderungen durch das Treatment auf gleich hohem Signifikanzniveau (1 %).
- b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergab sich, daß die Mittelwertsveränderungen aller drei Gruppen nicht signifikant voneinander verschieden sind. Der Zuwachs scheint somit bei allen drei Treatments ähnlich groß zu sein, zumindest nicht signifikant voneinander verschieden.

Tabelle 23: T-Test für Variable 16 (GRV Qualität Produkt)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	1.11	$>.05$	n.s.
Gruppe TA	18	5.05	$<.01$	sign.
Gruppe TAD	18	4.22	$<.01$	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	1.78	$<.05$	sign.
T : TA	17	1.32	$>.05$	n.s.
TAD : TA	18	.75	$>.05$	n.s.

Statistisches Ergebnis

a) Innerhalb jeder Gruppe: Sowohl bei Gruppe TA als auch bei Gruppe TAD zeigten sich hoch signifikante Veränderungen durch das Treatment, während die Mittelwertsveränderung durch Treatment T unter dem Signifikanzniveau von 5 % blieb.

b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergaben sich weder zwischen den Veränderungen von Gruppe T und TA noch von Gruppe TAD und TA signifikante Unterschiede, während die Mittelwertsveränderung von Gruppe T und TAD auf dem 5 %-Niveau signifikant voneinander verschieden waren.

Dies bedeutet, daß im Vergleich zu Treatment T nur Treatment TAD in der Lage war, einen statistisch bedeutenden Zuwachs zu verursachen. Im Vergleich zu Treatment TA wirkte sich dieser Zuwachs jedoch nicht signifikant unterscheidend aus.

Tabelle 24: T-Test für Variable 17 (GRV Qualität Entscheid)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	1.97	<.05	sign.
Gruppe TA	18	1.38	>.05	n.s.
Gruppe TAD	18	5.99	<.01	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	2.04	<.05	sign.
T : TA	17	1.49	>.05	n.s.
TAD : TA	18	.74	>.05	n.s.

Statistisches Ergebnis

a) Innerhalb jeder Gruppe: Während die Mittelwertsveränderung von Gruppe TA unter dem Signifikanzniveau von 5 % blieb, wirkte sich Treatment T auf dem 5 %-Niveau signifikant unterscheidend aus, das Treatment TAD auf dem 1 %-Niveau.

b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergaben sich weder zwischen den Veränderungen von Gruppe T und TA noch von Gruppe TAD und TA signifikante Unterschiede, während die Mittelwertsveränderungen von Gruppe T und TAD auf dem 5 %-Niveau signifikant voneinander verschieden waren.

Dieses Ergebnis läßt den Schluß zu, daß Treatment TAD im Vergleich zu Treatment T einen statistisch bedeuten- den Zuwachs erzielen konnte, während sich die beiden an- deren Gruppen trotz unterschiedlicher Signifikanz in den Ergebnissen innerhalb jeder Gruppe in ihrer Wirkung nicht statistisch bedeutend unterschieden.

Tabelle 25: T-Test für Variable 18 (Therapieerfolg-Skala)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	16	6.01	< .01	sign.
Gruppe TA	18	6.42	< .01	sign.
Gruppe TAD	18	9.90	< .01	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	17	1.10	> .05	n.s.
T : TA	17	.04	> .05	n.s.
TAD : TA	18	1.08	> .05	n.s.

Statistisches Ergebnis

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Bei allen drei Gruppen erfolgten signifikante Veränderungen in den Mittelwerten durch das Treatment auf gleich hohem Signifikanzniveau (1 %).
- b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergab sich, daß sich die Mittelwertsveränderungen aller drei Gruppen nicht signifikant voneinander unterscheiden. Der Zuwachs scheint somit bei allen drei Treatments ähnlich groß zu sein, zumindest nicht signifikant voneinander verschieden.

Tabelle 26: T-Test für Variable 19 (Partnerfragen)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	34	.94	$> .05$	n.s.
Gruppe TA	38	3.50	$< .01$	sign.
Gruppe TAD	38	1.92	$< .05$	sign.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	36	1.05	$> .05$	n.s.
T : TA	36	2.27	$< .02$	sign.
TAD : TA	38	1.12	$> .05$	n.s.

Statistisches Ergebnis

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Sowohl bei Gruppe TA als auch bei Gruppe TAD ergaben sich signifikante Veränderungen durch das Treatment, allerdings auf unterschiedlichem Signifikanzniveau (TA 1 %; TAD 5 %). Der Mittelwertsunterschied bei Gruppe T blieb unter dem Signifikanzniveau von 5 %.
- b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen ergaben sich weder zwischen den Veränderungen von Gruppe T und TAD noch von Gruppe TAD und TA signifikante Unterschiede, während die Mittelwertsveränderung von Gruppe T und TA auf dem 2 %-Niveau statistisch bedeutend voneinander abwichen.
- Dies bedeutet, daß im Vergleich zu Treatment T nur Treatment TA in der Lage war, einen statistisch bedeutenden Zuwachs zu verursachen. Der Zuwachs innerhalb der Gruppe TAD reichte für einen signifikanten Unterschied zu dem der Gruppe T nicht aus.

Tabelle 27: T-Test für Variable 20 (MCI)

Art des Vergleichs	FG	T-Wert	p	Sign.
<u>Innerhalb jeder Gruppe</u>				
Gruppe T	34	.06	>.05	n.s.
Gruppe TA	38	1.13	>.05	n.s.
Gruppe TAD	38	.85	>.05	n.s.
<u>Zwischen den Gruppen</u>				
T : TAD	36	.93	>.05	n.s.
T : TA	36	1.05	>.05	n.s.
TAD : TA	38	1.11	>.05	n.s.

Statistisches Ergebnis

- a) Innerhalb jeder Gruppe: Bei keiner der drei Behandlungsgruppen wirkte sich das Treatment als eine statistisch signifikante Mittelwertsveränderung aus.
- b) Zwischen den Gruppen: Im Vergleich zwischen den Gruppen wirkten sich die Mittelwertsveränderungen durch das Treatment nicht signifikant unterscheidend zwischen den drei Gruppen aus.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sollen die Ergebnisse in der folgenden Tabelle zusammengefaßt werden.

Tabelle 28: Übersicht über die Signifikanzen

	Variable	T	TA	TAD	TAD:T	TA:T	TAD:TA
MCS	1 V+	-	+	+	+	+	-
	2 V-	-	+	+	+	+	-
	3 NV+	+	+	+	+	+	-
	4 NV-	+	+	+	+	+	-
	5 Lösungen	+	+	+	+	-	+
	6 Unspezifisch	+	+	+	-	-	-
GRV	7 Tafelhalten	-	-	-	-	-	-
	8 Vorschlagszahl	-	-	-	-	-	-
	9 Initiaideutung	-	-	+	+	-	-
	10 Penetranz	-	-	-	-	-	-
	11 Anzahl Entscheide	-	-	-	-	-	-
	12 Versager	-	-	+	+	-	-
	13 pos. Beurteilungen	-	+	+	+	+	-
	14 neg. Beurteilungen	-	+	+	+	+	-
	15 amb. Beurteilungen	+	+	+	-	-	-
	16 Qualität Produkt	-	+	+	+	-	-
	17 Qualität Entscheid	+	-	+	+	-	-
	18 Therapiefortschr.skala	+	+	+	-	-	-
	19 Partnerfragen	-	+	+	-	+	-
	20 MCI	-	-	-	-	-	-

+ = signifikant

- = nicht signifikant

Aufgrund der Ergebnisse in den T-Tests lassen sich die folgenden Befunde beschreiben:

A. Signifikanzprüfung innerhalb jeder Gruppe

Die Signifikanzprüfung der Veränderungen vorher/nachher innerhalb jeder Gruppe sollte das Ausmaß der Wirksamkeit der einzelnen Treatments bezüglich der abhängigen Variablen erfassen, ohne dabei zunächst vergleichend aufeinander

ander bezogen zu sein: Anhand der in den T-Tests errechneten Signifikanzen ergibt sich hier das folgende Bild:

1. Gruppe T:

Treatment T bewirkte signifikante Veränderungen bei den Variablen 4 (NV-), 5 (Lösungen), 6 (Unspezifisch), 15 (ambivalente Beurteilungen), 17 (Qualität Entscheid) und 18 (Therapieerfolgsskala).

Inhaltlich kann man aus diesem Ergebnis schließen, daß Treatment T in der Lage war, bezüglich einiger Dimensionen des affektiven Beziehungsstils (Var. 3, 4, 15) bedeutende Veränderungen auszulösen und außerdem einige Aspekte des Problemlösungsverhaltens signifikant zu beeinflussen (Var. 5, 6, 17).

Eine genauere Analyse dieser Ergebnisse ergibt das folgende Bild: Bezüglich der verbalen affektiven Äußerungen wurden die ambivalenten Kommentare zugunsten von eindeutigen Äußerungen reduziert (Var. 15). So konnten die Partner durch die Therapie zumindest zu klaren, eindeutigen Stellungnahmen und Einstellungen dem Partner gegenüber kommen, wobei die negativen und positiven verbalen Äußerungen allerdings nicht signifikant verändert wurden.

Da die nonverbalen positiven und negativen Reaktionen (Var. 3, 4) durch Treatment T eine bedeutende Veränderung erfuhren, könnte dies bedeuten, daß zwar keine ins bewußte Handeln (verbale Äußerungen) integrierte Veränderungen durch Treatment T stattgefunden haben, daß jedoch unbewußte Teile (die sich in nonverbalen Reaktionen stärker äußern können) bereits von einer positiven Veränderung erfaßt wurden.

Es ist zu vermuten, daß durch Treatment T bezüglich dem affektiven Beziehungsstil ein positiver Veränderungsprozeß eingeleitet werden konnte, der jedoch erst partielle Auswirkungen im mehr unbewußt gesteuerten Verhalten hatte.

Bezüglich dem Problemlöseverhalten hatte Treatment T ebenfalls partielle Erfolge: Sowohl die Qualität des Entscheids (Var. 17) im GRV als auch das Problemlöseverhalten (Var. 5) wurden signifikant positiv verändert. Das Treatment konnte somit zumindest den formalen Aspekt der Problembewältigung positiv beeinflussen.

Die unspezifischen Äußerungen und Gesprächsinhalte (Var. 6) wurden durch Treatment T ebenfalls erheblich reduziert.

2. Gruppe TA:

Treatment TA bewirkte signifikante Veränderungen bei den Variablen 1 (V+), 2 (V-), 3 (NV+), 4 (NV-), 5 (Lösungen), 6 (Unspezifisch), 13 (pos. Beurteilungen), 14 (negative Beurteilungen), 15 (ambivalente Beurteilungen), 16 (Qualität Produkt), 18 (Therapieerfolgsskala) und 19 (Partnerfragen).

Inhaltlich kann hieraus der Befund abgeleitet werden, daß Treatment TA in der Lage war, bezüglich allen Variablen des affektiven Beziehungsstils (Var. 1-4, 13-15, 19) bedeutende Veränderungen auszulösen und das Problemlösungsverhalten in 3 von 5 Variablen signifikant zu beeinflussen (Var. 5, 6, 16).

Im Vergleich zu Treatment T konnte somit Treatment TA eine umfassendere Verhaltensänderung erreichen (ob dieser Unterschied statistisch bedeutend ist, ergibt sich erst aus dem T-Test zwischen den Gruppen), die sich vor allem auf den emotional-affektiven Bereich bezieht, der bezüglich aller Variablen gleichermaßen positiv beeinflusst wurde. Die Veränderungen beziehen sich außerdem sowohl auf die verbalen als auch auf die nonverbalen Aspekte dieses Bereichs.

Beim Problembewältigungsverhalten zeigte sich allerdings eine bedeutende Veränderung nur bezüglich dreier Variablen (Var. 5, 6, 16). Im Gegensatz zu Treatment T wurde jedoch neben formalen Aspekten der Problemlösungsstrategie (Var. 5

und 6) auch ein inhaltlicher Aspekt der Problemlösung (Var 16) signifikant verändert.

3. Gruppe TAD:

Treatment TAD bewirkte signifikante Veränderungen bei den Variablen 1 (V+), 2 (V-), 3 (NV-), 5 (Lösungen), 6 (Unspezifisch), 9 (Initialdeutung), 12 (Versager), 13 (positive Beurteilungen), 14 (negative Beurteilungen), 15 (ambivalente Beurteilungen), 16 (Qualität Produkt), 17 (Qualität Entscheid), 18 (Therapieerfolgsskala) und 19 (Partnerfragen).

Inhaltlich läßt sich aus diesem Ergebnis folgern, daß Treatment TAD in der Lage war, alle Variablen des affektiven Beziehungsstils (Var. 1-4, 13-15, 19) und alle Variablen des Problemlösungsverhaltens (Var. 5, 6, 12, 16, 17) signifikant zu beeinflussen.

Im Vergleich zur Wirkung von Treatment T und TA konnte Treatment TAD zusätzlich beim Problemlösungsverhalten eine Veränderung auf allen Variablen erzielen, was dafür sprechen könnte, daß durch Treatment TAD eine weitere qualitative Verbesserung der Problemlösungsstrategien erfolgte (Var. 9, 12).

Ansonsten scheint jedoch die Wirkung von Treatment TAD der Wirkung von Treatment TA ungefähr zu entsprechen. Treatment TAD war, wie auch Treatment T und TA, nicht in der Lage, bezüglich der Variablen der Dominanzverhältnisse (Var. 7, 8, 10, 11) signifikante Veränderungen auszulösen.

Diese Befunde innerhalb der einzelnen Behandlungsgruppen im vorher-nachher-Vergleich sprechen dafür, daß durch die beiden Treatments TA und TAD jeweils ein Zuwachs an Effektivität erfolgte, d.h., daß zwischen Gruppe T und TA einerseits und zwischen Gruppe T und TAD andererseits jeweils ein an-

hand von Mittelwertsvergleichen deutlicher Unterschied entstand.

Ob nun diese Unterschiede eine statistische Bedeutung erlangen, werden die T-Tests zwischen den Gruppen zeigen, deren Ergebnisse im folgenden zusammengefaßt werden.

B. Signifikanzprüfung zwischen den Gruppen

Die Ergebnisse der T-Tests zwischen den Gruppen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Vergleich zwischen Gruppe T und TA

Die Mittelwertsveränderungen in den beiden Gruppen T und TA waren für die folgenden Variablen signifikant voneinander verschieden: Variable 1 (V+), 2 (V-), 3 (NV+), 4 (NV-), 13 (pos. Beurteilungen), 19 (Partnerfragen).

Die Unterschiede in der Wirkung der beiden Gruppen, so wie sie sich bezüglich der signifikanten Bedeutung interpretieren lassen, beziehen sich also allein auf das Ausmaß der Veränderung im emotional-affektiven Bereich. Hier war Treatment TA eindeutig erfolgreicher.

Auffällig ist, daß Treatment TA im Vergleich zu T keine signifikant stärkere Veränderungen des Problemlöseverhaltens erzielen konnte. Beide Gruppen hatten im vorher-nachher-Vergleich signifikante Veränderungen bezüglich 3 Variablen zu verzeichnen. Diese Veränderungen waren bei beiden Gruppen jedoch offensichtlich ungefähr gleich, jedenfalls nicht statistisch signifikant voneinander verschieden.

2. Vergleich zwischen Gruppe T und TAD

Die Mittelwertsveränderungen in den beiden Gruppen T und TAD waren in den folgenden Variablen signifikant voneinander ver-

schieden: Variable 1 (V+), 2 (V-), 3 (NV+), 4 (NV-), 5 (Lösungen), 9 (Initialdeutung), 12 (Versager), 13 (pos. Beurteilungen), 14 (negative Beurteilungen), 16 (Qualität Produkt), 17 (Qualität Entscheid).

Im Vergleich zwischen den Ergebnissen der Gruppe T und TAD erfolgte bei Gruppe TAD eindeutig eine signifikant stärkere Veränderung im Bereich des affektiven Beziehungsstils. Dieser Befund entspricht dem Ergebnis des Vergleichs zwischen Gruppe T und TA.

Im Vergleich zwischen Gruppe T und TAD wird jedoch zusätzlich eine signifikant stärkere Veränderung des Problemlöseverhaltens durch Treatment TAD deutlich. Bei 4 der 5 Variablen erzielte Gruppe TAD signifikant stärkere Veränderungen im Vergleich zu Gruppe T.

3. Vergleich zwischen Gruppe TA und TAD

Die Mittelwertsveränderungen in den beiden Gruppen TA und TAD waren nur bezüglich einer einzigen Variable signifikant unterschiedlich: Variable 5 (Lösungen). D.h., daß Gruppe TAD im Vergleich zur Gruppe TA nur hinsichtlich einer Problemlösungsvariable einen signifikant stärkeren Unterschied erreichen konnte, obwohl sie im Vergleich innerhalb jeder Gruppe bei zwei weiteren Variablen in diesem Bereich bedeutende Veränderungen auslöste, die bei Gruppe TA nicht erreicht wurden (Var. 12 und 17).

Auch bei allen anderen Variablen waren die Ergebnisse durch Treatment TA und TAD nicht signifikant voneinander verschieden, sondern offensichtlich vergleichbar im Ausmaß.

Hiermit soll die Betrachtung der Befunde anhand der T-Tests innerhalb und zwischen den Gruppen abgeschlossen werden. Es folgt eine Darstellung der Ergebnisse der Varianzanalysen.

3.3.2 Varianzanalysen

Im folgenden soll mit Hilfe von separaten Varianzanalysen pro Variable geklärt werden, inwieweit die Mittelwertsunterschiede der 3 Gruppen signifikant voneinander verschieden sind.

Ähnlich wie bei der Darstellung der T-Test-Ergebnisse werden auch hier zunächst die statistischen Werte in einer Tabelle zusammengefaßt und anschließend verbal dargestellt. Im Anschluß an die tabellarische Ergebnisauflistung sollen die Befunde dann inhaltlich ausgewertet werden.

Tabelle 29: Varianzanalyse für Variable 1 (V+)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	3.250	2	1.625	3.110	p > .05 n.s.
Rest-varianz	13.586	26	.523		
Total	16.836	28	.601		

Statistisches Ergebnis:

Die Mittelwertsveränderungen in den Gruppen T, TA und TAD unterschieden sich im Vergleich nicht signifikant voneinander. D.h., daß die Veränderungen, die durch die Treatments TA und TAD anhand der Mittelwertsverteilungen deutlich wurden (s.a. Abb. 8, S. 220), keine statistische Bedeutung im Vergleich zu den durch Treatment T bewirkten Unterschieden erlangen konnten.

Tabelle 30: Varianzanalyse für Variable 2 (V-)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	15.083	2	7.542	3.321	p < .05 sign.
Rest-varianz	59.041	26	2.271		
Total	74.124	28	2.647		

Statistisches Ergebnis:

Die Mittelwertsveränderungen in den Gruppen T, TA und TAD unterscheiden sich auf dem 5 % Niveau signifikant voneinander. Anhand der Mittelwertsverteilungen (Abb. 9, S.220) wird deutlich, daß dieses Ergebnis vor allem auf die Unterschiede von Gruppe TA zu T und Gruppe TAD zu T und weniger zwischen Gruppe TAD und TA zurückgehen, wie auch die T-Tests (Tab. 9, S.236) ergeben haben.

Tabelle 31: Varianzanalyse für Variable 3 (NV+)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	9.931	2	4.966	3.268	p < .05 sign.
Rest-varianz	39.507	26	1.520		
Total	49.438	28	1.766		

Statistisches Ergebnis:

Die Mittelwertsveränderungen in den Gruppen T, TA und TAD unterscheiden sich auf dem 5 % Niveau signifikant voneinander. Anhand der Mittelwertsverteilungen (Abb. 10, S. 221) wird deutlich, daß dieses Ergebnis vor allem auf die Unterschiede von Gruppe TA zu T und Gruppe TAD zu T und weniger zwischen Gruppe TAD und TA zurückgeht, wie auch die T-Tests (Tab. 10, S. 237) ergeben haben.

Tabelle 32: Varianzanalyse für Variable 4 (NV-)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	58.814	2	29.407	6.793	p < .01 sign.
Rest-varianz	112.548	26	4.329		
Total	171.363	28	6.120		

Statistisches Ergebnis:

Die Mittelwertsveränderungen durch Treatment T, TA und TAD unterscheiden sich auf dem 1 % Niveau signifikant voneinander. Auch hier kann man anhand der Mittelwertsverteilungen (Abb. 11, S. 221) feststellen, daß dieses Ergebnis vor allem auf die Unterschiede von Gruppe TA zu T und TAD zu T zurückgeht und weniger auf den zwischen Gruppe TA und TAD, was auch die T-Tests (Tab. 11, S. 238) belegen.

Tabelle 33: Varianzanalyse für Variable 5 (Lösungen)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	2.038	2	1.019	3.333	p < .05 sign.
Rest-varianz	7.947	26	.306		
Total	9.984	28	.357		

Statistisches Ergebnis:

Die Mittelwertsveränderungen durch Treatment T, TA und TAD unterscheiden sich auf dem 5 % Niveau signifikant voneinander. Anhand der Mittelwertsverteilungen (Abb. 12, S. 222) wird deutlich, daß dieses Ergebnis vor allem durch das Ergebnis in Gruppe TAD hervorgerufen wird. Auch die T-Tests zwischen den Gruppen (Tab. 12, S. 239) zeigen, daß nur die Unterschiede zwischen Gruppe T und TAD bzw. TA und TAD signifikant wurden, während Gruppe T und TA keine signifikant voneinander unterschiedene Ergebnisse hatten.

Tabelle 34: Varianzanalyse für Variable 6 (Unspezifisch)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	1.305	2	.652	1.204	p > .05 n.s.
Rest-varianz	14.087	26	.542		
Total	15.391	28	.550		

Statistisches Ergebnis:

Die Mittelwertsveränderungen in den Gruppen T, TA und TAD unterscheiden sich im Vergleich nicht signifikant voneinander. D.h., daß die Veränderungen, die durch die Treatments TA und TAD anhand der Mittelwertsverteilungen (siehe Abb. 13, S. 222) verursacht wurden, keine statistische Bedeutung im Vergleich zu den durch Treatment T bewirkten Unterschiede erlangen konnten. Dies stimmt überein mit dem Ergebnis durch die T-Tests zwischen den Gruppen (Tab. 13, S. 240).

Die Ergebnisse der Varianzanalysen von Variable 7 bis Variable 12 werden im folgenden zusammen dargestellt, da sich für keine Variable ein signifikantes Ergebnis ergab.

Tabelle 35: Varianzanalyse für Variable 7 (Tafelhalten)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	78.959	2	39.479	.678	p > .05 n.s.
Rest-varianz	1513.800	26	58.223		
Total	1592.759	28	56.884		

Tabelle 36: Varianzanalyse für Variable 8 (Vorschlagszahl)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	28.482	2	14.241	.445	p > .05 n.s.
Rest-varianz	831.656	26	31.987		
Total	860.138	28	30.719		

Tabelle 37: Varianzanalyse für Variable 9 (Initialdeutung)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	79.563	2	39.781	1.955	>
Rest-varianz	528.989	26	20.346		
Total	608.552	28	21.734		

Tabelle 38: Varianzanalyse für Variable 10 (Penetranz)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz-
Haupt-effekt	9.310	2	4.655	.344	p > .05 n.s.
Rest-varianz	351.656	26	13.525		
Total	360.966	28	12.892		

Tabelle 39: Varianzanalyse für Variable 11 (Anzahl Entscheide)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz-
Haupt-effekt	.248	2	.124	.006	p > .05 n.s.
Rest-varianz	513.200	26	19.738		
Total	513.448	28	18.337		

Tabelle 40: Varianzanalyse für Variable 12 (Versager)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	5.116	2	2.558	2.014	p > .05 n.s.
Rest-varianz	33.022	26	1.270		
Total	38.138	28	1.362		

Statistisches Ergebnis der Varianzanalysen für Variable 7 bis 12:

Die Mittelwertsveränderungen in den Gruppen T, TA und TAD unterscheiden sich bei keiner der 6 Variablen signifikant voneinander. Vergleicht man dieses Ergebnis mit dem der T-Tests (Tab. 28, S. 255), so zeigt sich, daß für die Variablen 7, 8, 10 und 11 innerhalb und zwischen den Gruppen dort ebenfalls keine signifikanten Veränderungen zu verzeichnen waren. Für Variable 9 und 12 zeigte sich dort jedoch ein signifikanter Unterschied im Vergleich von Gruppe TAD zu Gruppe T, der sich in der Varianzanalyse nicht niederschlägt. Anhand der Varianzanalyse ergibt sich die Aussage, daß für die o.g. Variablen durch die verschiedenen Treatments T, TA und TAD keine unterschiedliche Beeinflussung der Variablen erfolgte.

Tabelle 41: Varianzanalyse für Variable 13 (positive Beurteilung)

Quelle der Varianz	Quadratsumme	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupteffekt	537.128	2	268.564	6.794	p < .01 sign.
Restvarianz	1027.700	26	39.527		
Total	1564.828	28	55.887		

Statistisches Ergebnis:

Die Mittelwertsveränderungen durch Treatment T, TA und TAD unterscheiden sich auf dem 1 % Niveau signifikant voneinander. Anhand der Mittelwertsverteilungen (Abb. 20, S. 226) wird deutlich, daß dieses Ergebnis wiederum auf die Unterschiede von Gruppe TA zu T und Gruppe TAD zu T und nicht zwischen Gruppe TAD und TA zurückgehen, wie auch die T-Tests zeigen (Tab. 20, S. 247).

Die Ergebnisse der Varianzanalysen von Variable 14 bis 20 sollen zusammen dargestellt werden, da auch hier kein Ergebnis signifikant war.

Tabelle 42: Varianzanalyse für Variable 14 (negative Beurteilung)

Quelle der Varianz	Quadratsumme	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupteffekt	660.873	2	330.437	2.677	p > .05 n.s.
Restvarianz	3208.989	26	123.423		
Total	3869.862	28	138.209		

Tabelle 43: Varianzanalyse für Variable 15 (ambivalente Beurteilung)

Quelle der Varianz	Quadratsumme	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupteffekt	1.917	2	.958	.090	p > .05 n.s.
Restvarianz	277.256	26	10.664		
Total	279.172	28	9.970		

Tabelle 44: Varianzanalyse für Variable 16 (Qualität Produkt)

Quelle der Varianz	Quadratsumme	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupteffekt	10.073	2	5.036	1.126	p > .05 n.s.
Restvarianz	102.889	23	4.473		
Total	112.962	25	4.518		

Tabelle 45: Varianzanalyse für Variable 17 (Qualität Entscheid)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	14.668	2	7.334	1.506	p > .05 n.s.
Rest-varianz	111.986	23	4.869		
Total	126.654	25	5.066		

Tabelle 46: Varianzanalyse für Variable 18 (Therapieerfolgs-skala)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	17.182	2	8.591	2.137	p > .05 n.s.
Rest-varianz	92.464	23	4.020		
Total	109.646	25	4.386		

Tabelle 47: Varianzanalyse für Variable 19 (Partnerfragen)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	143.403	2	71.701	2.613	p > .05
Rest-varianz	631.097	23	27.439		
Total	774.500	25	30.980		

Tabelle 48: Varianzanalyse für Variable 20 (MCI)

Quelle der Varianz	Quadrat-summe	FG	Mittleres Quadrat	F-Wert	Signifikanz
Haupt-effekt	460.483	2	230.241	.525	$p > .05$
Rest-varianz	10089.556	23	438.676		
Total	10550.038	25	422.002		

Statistisches Ergebnis der Varianzanalyse für Variable 14 bis 20:

Die Mittelwertsveränderungen in den Gruppen T, TA und TAD unterschieden sich anhand der Varianzanalysen bei keiner der 7 Variablen signifikant voneinander. Vergleicht man dieses Ergebnis mit dem der T-Tests (Tab. 28, S. 255), so zeigt sich, daß für die Variablen 15, 18 und 20 dort ebenfalls keine signifikanten Veränderungen zu verzeichnen waren. Für Variable 14, 16 und 17 ergab sich jedoch im Vergleich zwischen Gruppe T und TA ein signifikanter Unterschied der Mittelwertsveränderungen beider Gruppen und für Variable 19 ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwertsveränderungen von Gruppe T und TA. Diese Unterschiede schlagen sich jedoch in der Varianzanalyse nicht als signifikante Differenzen nieder.

Anhand der Varianzanalysen ergibt sich die Aussage, daß für alle o.g. Variablen durch die verschiedenen Treatments T, TA und TAD keine differentielle Beeinflussung der Variablen erfolgte.

Aufgrund der Ergebnisse in den Varianzanalysen lassen sich die folgenden Befunde beschreiben:

Die Varianzanalysen ergaben signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bei Variable 2 (V-), 3 (NV+), 4 (NV-), 5 (Lösungen)

und 13 (positive Beurteilungen). Anhand der Mittelwertsverteilungen in den Gruppen wurde deutlich, daß diese Ergebnisse der Variablen 2, 3, 4 und 13 auf Unterschiede zwischen Treatment TA und T einerseits und TAD und T andererseits zurückgingen, während sich die Effekte von Treatment TA und TAD nur zufällig voneinander unterschieden. Anhand der Varianzanalysen kann man daher den Befund ableiten, daß sowohl Treatment TA als auch TAD gleichermaßen in der Lage waren, signifikant größere Veränderungen bezüglich Variablen des affektiven Beziehungsstils im Vergleich zu Treatment T auszulösen. Die Effekte von Treatment TAD wirkten sich jedoch im Vergleich zu TA nicht signifikant stärker aus.

Der zweite Befund, der sich aus den statistischen Ergebnissen der Varianzanalysen ableiten läßt, betrifft die Variable 5 (Lösungen). Hier zeigt sich anhand der Mittelwertsverteilung, daß das signifikante Ergebnis in der Varianzanalyse auf den Unterschied der Pre-Post-Werte von Gruppe TAD im Vergleich zu Gruppe T und TA zurückzuführen ist, d.h., daß durch Treatment TAD im Vergleich zu Treatment T und TA ein entscheidender Zuwachs an Problemlösungsstrategien erfolgte.

Diese Befunde anhand der Varianzanalysen entsprechen im Prinzip denen der T-Tests, mit dem Unterschied, daß die T-Tests quantitativ mehr signifikante Ergebnisse ergaben. Hier ist allerdings nochmals auf die Gefahr der Erhöhung zufälliger Signifikanzen hinzuweisen, die bei der Durchführung von separaten T-Tests in der angewandten Anzahl gegeben ist, wie bereits auf Seite 210 beschrieben wurde.

3.4 Multivariate Datenanalyse

Aufgrund meiner Hypothesen wurden die folgenden Variablen zu Gruppen zusammengefaßt, für die jeweils getrennte unifaktorielle-multivariate Varianzanalysen berechnet wurden:

Variablengruppe I	Var. 1 (V+), 2 (V-), 3 (NV+), 4 (NV-)
Variablengruppe II	Var. 13 (pos. Beurt.), 14 (neg. Beurt.), 15 (amb. Beurt.)
Variablengruppe III	Var. 5 (Lösungen), 12 (Versager), 16 (Qualität Produkt), 17 (Qualität Entscheidung)
Variablengruppe IV	Var. 7 (Tafelhalten), 8 (Vorschlagszahl), 9 (Initialdeutung), 10 (Penetranz) 11 (Anzahl Entscheide).

Dabei überprüft Variablengruppe I und II Hypothese 1, Variablengruppe III Hypothese 2 und Variablengruppe IV Hypothese 3, wie bereits auf S. 211 f. beschrieben.

Anhand der multivariaten Varianzanalysen sollten die folgenden Fragen beantwortet werden:

1. Besteht zwischen einer Variablengruppe und dem Treatment-Faktor eine (signifikante) Korrelation?
2. Welches Gewicht fällt den einzelnen Variablen in der Gruppe zu?

Die Ergebnisse der MANOVA sollen nun dargestellt werden.

1. MANOVA der Variablengruppe I

Tabelle 49: MANOVA I

Kanon. Korr. $R = .72859$ $p < .05 \rightarrow$ signifikant

$$V_{1-4} = -.15923 \cdot z_1 + .28587 \cdot z_2 - .60823 \cdot z_3 + .74404 z_4$$

wobei V_{1-4} = Linearkombination der Variablengruppe 1

$$= w_1 \cdot z_1 + w_2 \cdot z_2 + w_3 \cdot z_3 + w_4 \cdot z_4$$

w_i = Gewichte der Variablen z_i

z_i = Standardisierte Variablenwerte

Statistisches Ergebnis:

Zwischen der Linearkombination V_1 und dem Faktor Gruppe besteht ein signifikanter Zusammenhang, der auf das unterschiedliche Treatment zurückzuführen ist. Wie aus der Gewichtung der einzelnen Variablen geschlossen werden kann, tragen hierzu die Variablen 3 (NV+) und 4 (NV-) in besonderem Ausmaß bei.

2. MANOVA der Variablengruppe II*

Tabelle 50: MANOVA II

Kanon. Korr. $R = .63309$ $p < .05 \rightarrow$ signifikant

$$V_{13-15} = .85213 z_{13} - .49181 z_{14} - .19114 z_{15}$$

* Bei der Darstellung der Ergebnisse von MANOVA II bis IV habe ich auf die wiederholte Zeichenerklärung in der Tabelle verzichtet, da sie oben bereits dargestellt wurde.

Statistisches Ergebnis:

Zwischen der Linearkombination V_2 und dem Faktor Gruppe besteht ein signifikanter Zusammenhang, der auf das unterschiedliche Treatment zurückzuführen ist. Wie aus der Gewichtung der einzelnen Variablen ersichtlich, tragen hierzu die Variablen 13 und 14 in besonderem Ausmaß bei.

3. MANOVA der Variablengruppe III

Tabelle 51: MANOVA III

Kanon. Korr. R = .71602	$p < .05 \rightarrow$ signifikant
$V_{5,12,16,17} = -.98284 z_5 + .51466 z_{12} - .23832 z_{16} - .57921 z_{17}$	

Statistisches Ergebnis:

Zwischen der Linearkombination V_3 und dem Faktor Gruppe besteht ein signifikanter Zusammenhang, der auf das unterschiedliche Treatment zurückzuführen ist. Wie aus der Gewichtung der einzelnen Variablen zu entnehmen ist, tragen hierzu die Variable 5 in besonderem Ausmaß, aber auch Variablen 12 und 17 bei.

4. MANOVA der Variablengruppe IV

Tabelle 52: MANOVA IV

Kanon. Korr. R = .47921	$p > .05 \rightarrow$ nicht signifikant
$V_{7-11} = .63443 z_7 - .48327 z_8 + .90442 z_9 + .38487 z_{10} - .08506 z_{11}$	

Statistisches Ergebnis:

Zwischen der Linearkombination V_4 und dem Faktor Gruppe besteht kein signifikanter Zusammenhang.

Anhand dieser Ergebnisse der multivariaten Varianzanalysen lassen sich die folgenden Befunde beschreiben:

Es gibt offensichtlich einen bedeutenden Zusammenhang zwischen der Treatmentbedingung und der Variablengruppe "emotional-affektive Beziehung", wie MANOVA I und II ergeben haben. Dabei haben einige Variablen wie NV+, NV- (MICS) und positive bzw. negative Beurteilung (GRV) ein relativ hohes Gewicht, d.h., daß sie offensichtlich stärker auf das Treatment angesprochen haben.

Die Ergebnisse in MANOVA III zeigen, daß eine signifikante Korrelation zwischen dem Treatmentfaktor und der Variablengruppe "Problemlösestrategien" vorliegt, wobei wiederum einige Variablen auf das Treatment besser ansprechen als andere, nämlich: "Lösungen" (MICS), "Versager" und "Qualität des Entscheids" (beide GRV).

Im Vergleich zu den univariaten Ergebnissen dieser Variablen überrascht, daß dort nur für die Variable "Lösungen" ein signifikantes Ergebnis festgestellt werden konnte, während bei den anderen beiden Variablen keine signifikante Veränderung festgestellt wurde. Es muß hier daher davon ausgegangen werden, daß eine Wechselwirkung zwischen diesen Variablen besteht, die sich in diesem Ergebnis niederschlägt.

Bezüglich der Variablengruppe IV, die den Dominanzbereich abdeckt, wurde anhand der MANOVA kein signifikanter Treatmenteffekt festgestellt. Die Dominanzverhältnisse wurden offensichtlich durch die Treatmentbedingung nicht signifikant verändert, wie auch die univariaten Ergebnisse bereits andeuteten.

3.5 Verifizierung der Hypothesen

Im folgenden sollen die statistischen Ergebnisse, so wie sie sich aus den verschiedenen Auswertungsebenen ergeben haben, bezüglich ihrer Relevanz für die Hypothesen formuliert werden.

Hypothese 1: Emotional-affektive Beziehung

Variablen: 1, 2, 3, 4, 13, 14, 15

A. Ergebnisse der univariaten Berechnungen

A.a. T-Tests

Anhand der T-Test-Ergebnisse wurde Hypothese 1 für die Variablen 1, 2, 3, 4, 13 und 14 bestätigt. Sowohl der Vergleich zwischen Gruppe TA und T als auch zwischen TAD und T war signifikant, mit Ausnahme der Variablen 14, wo nur der Vergleich zwischen TAD und T signifikant wurde.

A.b. Varianzanalyse

Anhand der Varianzanalyse wurde Hypothese 1 für die Variablen 2, 3, 4 und 13 bestätigt. Rekuriert man in diesem Zusammenhang auf die Mittelwertsverteilungen für die verschiedenen Gruppen, so wird deutlich, daß diese Effekte vor allem auf Treatmentbedingung TA zurückzuführen sind, während Treatmentbedingung TAD keinen bedeutenden Zuwachs an Wirkung erbrachte.

B. Ergebnisse der MANOVA

Anhand der multivariaten Varianzanalyse wurde Hypothese 1 für die Variablenkombination I (Var 1 - 4) und II (13 - 15) bestätigt. Die Gewichtung machte deutlich, daß zu diesem Ergebnis vor allem die Variablen 3, 4, 13 und 14 beitrugen.

Inhaltlich kann man aus diesem Ergebnis ableiten, daß Hypothese 1 für einen Großteil der Variablen bestätigt wurde, wobei spezifizierend zu bemerken ist, daß sich hier vor allem Treatment TA ausgewirkt hat.

Hypothese 2: Problemlöseverhalten

Variablen: 5, 6, 12, 16, 17

A. Ergebnisse der univariaten Berechnungen

A.a. T-Tests

Anhand der T-Test-Ergebnisse wurde Hypothese 2 für die Variablen 5, 12, 16 und 17 bestätigt. Hier gestaltet sich jedoch der Vergleich zwischen den Gruppen anders als bei den Variablen von Hypothese 1. Für die Variablen 5, 12, 16 und 17 waren nur die Unterschiede zwischen Treatment TAD zu T signifikant, während die Unterschiede TA zu T nicht signifikant wurden. Im Vergleich der Gruppe TA zu TAD wirkte sich dieses Ergebnis jedoch nur bezüglich Variable 5 aus, wo sich TAD signifikant von TA unterschied.

A.b. Varianzanalyse

Anhand der Varianzanalysen wurde Hypothese 2 nur für Variable 5 bestätigt. Im Vergleich mit den Mittelwertsverteilungen und unter Beziehung auf das eben für die T-Test-Ergebnisse Gesagte ist anzunehmen, daß dieser Effekt vor allem auf die Wirkung der Treatmentbedingung TAD zurückzuführen ist.

B. MANOVA

Anhand der MANOVA für die Variablenkombination III (Var. 7, 12, 16, 17) wurde Hypothese 2 bestätigt. Die Gewichtung machte deut-

lich, daß dieses Ergebnis vor allem durch Variable 5, aber auch durch 12 und 17 verursacht wurde.

Inhaltlich kann aus diesem Ergebnis wiederum gefolgert werden, daß Hypothese 2 für einen Großteil der Variablen bestätigt wurde, allerdings bei den verschiedenen Rechenoperationen in unterschiedlichem Ausmaß. Während im T-Test noch für 4 Variablen ein signifikanter Unterschied erschien, konnte anhand der Varianzanalyse nur für 1 Variable ein signifikanter Unterschied errechnet werden. Die MANOVA zeigt hier Genaueres an: Daß nämlich die Wechselwirkung zwischen den Variablen wichtig ist und hier zu einem signifikanten Ergebnis bezüglich des gesamten Variablensatzes führt und vor allem für Var. 5, 12 und 17 die Hypothese 2 bestätigt wird.

Hypothese 3: Dominanzverhältnisse

Variablen: 7, 8, 9, 10, 11

A. Ergebnisse der univariaten Berechnungen

A.a. T-Tests

Anhand der T-Test-Ergebnisse wurde Hypothese 3 mit einer Ausnahme für keine der o.g. Variablen bestätigt. Die Ergebnisse innerhalb jeder Gruppe zeigen, daß (ebenfalls mit einer Ausnahme) für keine Variable ein signifikanter Zuwachs durch das Treatment erfolgte. Die Ausnahme besteht bei Variable 9, wo bei Gruppe TAD ein signifikanter Unterschied entstand, der sich auch im Vergleich zwischen den Gruppen signifikant auswirkte.

A.b. Varianzanalyse

Anhand der Varianzanalyse wurde Hypothese 3 für keine der Variablen bestätigt.

B. MANOVA

Anhand der MANOVA für die Variablenkombination IV (Var. 7, 8, 9, 10, 11) wurde Hypothese 3 ebenfalls nicht bestätigt.

Inhaltlich muß aus diesem Ergebnis geschlossen werden, daß keine der drei Treatmentbedingungen die Dominanzverhältnisse signifikant veränderte. Berücksichtigt man hier jedoch die Mittelwerte vor der Behandlung, so wird deutlich, daß die Dominanzverhältnisse vorher nicht auffällig unausgeglichene waren. Sie gleichen sich zwischen den einzelnen Variablen aus und es bestand keine eindeutige Tendenz zu schiefen Dominanzverhältnissen zwischen den Partnern in den drei Gruppen. Somit lassen die o.g. Resultate noch keine Schlüsse über die Effektivität der einzelnen Treatmentbedingungen zur Veränderung ungleicher Dominanzverhältnisse zu.

Hypothese 4: Einstellung zur Partnerschaft

Variable: 19

A. Ergebnisse der univariaten Berechnungen

A.a. T-Tests

Anhand der T-Test-Ergebnisse wurde Hypothese 4 bestätigt. Die Ergebnisse innerhalb der Gruppen zeigen, daß Gruppe TA und TAD signifikante Unterschiede verursachten, Gruppe T aber nicht.

Im Vergleich zwischen den Gruppen wirkte sich dieses Ergebnis nur zwischen Gruppe TA und T signifikant aus.

A.b. Varianzanalyse

Anhand der Varianzanalyse wurde Hypothese 4 nicht bestätigt.

B. MANOVA

entfällt, da nur 1 Variable.

Inhaltlich kann aus diesem Ergebnis kein eindeutiger Schluß gezogen werden, da bei beiden Auswertungsebenen unterschiedliche Ergebnisse resultierten. In der Darstellung der Auswertungsstrategie (s. S. 210) wurde bereits auf die Problematik der einzelnen T-Test-Analysen hingewiesen, anhand derer hier Hypothese 4 eher als nicht verifiziert interpretiert werden sollte.

Hypothese 5: Häusliche Kommunikation

Variable: 20

A. Ergebnisse der univariaten Berechnungen

A.a. T-Tests

Anhand der T-Test-Ergebnisse wurde Hypothese 5 nicht bestätigt. Die Ergebnisse innerhalb der Gruppen weisen darauf hin, daß keine der Treatmentbedingung einen signifikanten Unterschied auslösen konnte. Es folgt hieraus als logische Konsequenz, daß auch zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede entstanden, wie auch die Berechnungen ergaben.

A.b. Varianzanalyse

Anhand der Varianzanalyse wurde Hypothese 5 ebenfalls nicht bestätigt.

B. MANOVA

entfällt, da nur 1 Variable.

Inhaltlich muß aus diesen Ergebnissen geschlossen werden, daß Hypothese 5 nicht bestätigt wurde.

Hypothese 6: Subjektiver Therapieerfolg

Variable: 18

A. Ergebnisse der univariaten Berechnungen

A.a. T-Tests

Anhand der T-Test-Ergebnisse wurde Hypothese 6 nicht bestätigt. Die Ergebnisse innerhalb der Gruppen zeigen, daß bei allen Gruppen eine signifikante Veränderung bezüglich Variable 18 erfolgte, die sich im Ausmaß nicht signifikant voneinander unterschied, wie der Vergleich zwischen den Gruppen ergab.

A.b. Varianzanalyse

Anhand der Varianzanalyse wurde Hypothese 6 nicht bestätigt.

B. MANOVA

entfällt, da nur 1 Variable.

Anhand dieser Ergebnisse läßt sich die Hypothese 6 nicht bestätigen, da der Zuwachs bei allen Gruppen etwa gleich groß war. Diese Tatsache führt zu Überlegungen, inwieweit es überhaupt sinnvoll war, diese Variable einzuführen. Es scheint sich hier eher die Instruktion ausgewirkt zu haben (daß es sich hier um eine Therapie handelt), wodurch möglicherweise eher eine spezifische Antworttendenz zum Tragen gekommen ist als eine realitätsbezogene Einschätzung des Therapieerfolgs.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß durch die Untersuchungsergebnisse Hypothese 1 und 2 eindeutig verifiziert werden konnten, während Hypothese 3, 5 und 6 eindeutig nicht verifiziert wurden. Hypothese 4 kann aus o.g. Grund nicht eindeutig als verifiziert bzw. falsifiziert beschrieben werden.

Bezüglich der Spezifizierung der Hypothesen, daß sich Treatment TAD (signifikant) effektiver als TA auswirkt, kann gesagt werden, daß dies anhand der Signifikanztests für die Variablen der Hypothese 1 nicht nachgewiesen werden konnte, wohl aber für Variable 5 für Hypothese 2.

4. INTERPRETATION DER ERGEBNISSE UND THEORETISCHE IMPLIKATIONEN

Im folgenden sollen die beschriebenen empirischen Ergebnisse im Rahmen von theoretischen Überlegungen zur Wirkung der Audio-visuellen Selbstkonfrontation innerhalb eines ehetherapeutischen Settings untersucht und interpretiert werden. Dabei soll zwar in erster Linie auf die als statistisch bedeutend nachgewiesenen Ergebnisse bezüglich der Hypothesen eingegangen werden, aber auch anhand der deskriptiven Statistik sich abzeichnende Tendenzen berücksichtigt werden, die zwar im engen Sinn nicht statistisch signifikant waren, jedoch von einiger Trend-Relevanz sein dürften.

Der statistische Vergleich der Auswirkung der drei verschiedenen Treatmentbedingungen auf 20 Variablen bei je 10 untersuchten Ehepaaren pro Gruppe hat durch verschiedene signifikante Ergebnisse Wirkungsunterschiede bezüglich zwei Verhaltensbereichen deutlich gemacht:

1. Die Verwendung der ASK als Interventionstechnik In der Partnertherapie konnte die emotional-affektive Beziehung zwischen den Partnern bedeutend positiver gestalten, als die traditionelle Ehetherapie anhand dieser Versuchsergebnisse offensichtlich in der Lage war.

Hierbei blieb es jedoch ohne Bedeutung, ob die ASK mit oder ohne Kombination einer Analyse des Konfrontationserlebnisses gekoppelt war. Die Treatmentbedingung ASK + Diskussion war in der Modifikation des emotional-affektiven Verhaltens nicht bedeutend erfolgreicher als die ASK allein.

2. Die Verwendung der ASK als Interventionstechnik in der Partnertherapie erwies sich außerdem als hocheffiziente Technik, um das Problemlöseverhalten der Paare bedeutend effektiver

zu gestalten, als es durch die traditionelle Ehe-therapie möglich war.

Hier wirkte sich außerdem die Kombination der ASK mit einer anschließenden analytischen Diskussion entscheidend effektivitätssteigernd aus. Erst durch diese Behandlungskombination konnten statistisch bedeutende Veränderungen im Problemlöseverhalten der Partner im Vergleich zur traditionellen Ehe-therapie ausgelöst werden.

Eine inhaltliche Aussage über die Wirkungsweise der drei untersuchten Behandlungsarten ist anhand dieser statistischen Intergruppenvergleiche nur beschränkt möglich, da hier die Unterschiede zwischen den Gruppen nur querschnittshaft auf ihre statistische Bedeutsamkeit geprüft werden.

Eine inhaltliche Beschreibung der Wirkungsweise der drei Treatmentarten kann jedoch anhand der Intra-Gruppen-Ergebnisse vorgenommen werden, wie sie durch die Mittelwertsverteilungen und die T-Test-Ergebnisse innerhalb der Gruppen gegeben sind.

Anhand dieser Verteilungen kann die Art des therapeutischen Zugewinns durch die einzelnen Treatmentbedingungen nachskizziert werden, indem zunächst die Effekte durch die Behandlung in der Gruppe im Längsschnittvergleich der vorher-nachher-Werte beschrieben werden. Durch diese Betrachtungsweise können die Effekte der ASK-unterstützten Ehe-therapie im Vergleich mit denen traditioneller Ehe-therapie inhaltlich abgeleitet werden.

Im folgenden sollen daher die Ergebnisse der T-Tests innerhalb jeder Gruppe noch einmal zusammengefaßt werden, um anschließend die Wirkungsweise der drei Treatmentbedingungen daraus abzuleiten und den Effekt der ASK zu analysieren.

1. Effekte durch Treatmentbedingung T

Treatmentbedingung T (traditionelle Eheberatung) bewirkte signifikante Veränderungen bei den Paaren bezüglich der folgenden Variablen (s.a. Tab. 28, S. 255):

- Problemlöseverhalten (Var. 5)
- Unspezifisches Problemlöseverhalten (Var. 6)
- Positive nonverbale Verhaltensweisen (Var. 3)
- Negative nonverbale Verhaltensweisen (Var. 4)
- Ambivalente Beurteilungen (Var. 15)
- Qualität des Entscheids (Var. 17)
- Therapie-Erfolgs-Skala (Var. 18).

Inhaltlich kann man aus diesem Ergebnis ableiten, daß die konventionelle Eheberatung in der Lage war, einige Dimensionen des affektiven Beziehungsstils zwischen den Partnern und des Problemlöseverhaltens der Paare positiv zu beeinflussen.

Bei den verbalen affektiven Äußerungen wurden die ambivalenten Kommentare zugunsten von eindeutigeren Äußerungen reduziert. Die Partner konnten durch die Therapie offensichtlich zu klareren, eindeutigeren Stellungnahmen kommen, wobei dies allerdings noch nicht eine Veränderung zu einer positiveren Einstellung dem Partner gegenüber bedeutete.

Denn die positiven verbalen Äußerungen, wie sie sich in den Variablen 1 und 13 auswirken, erhöhten sich durch die Therapie nicht bedeutend, während sich die negativen verbalen Äußerungen, wie sie sich in den Variablen 2 und 14 niederschlugen, durch die Behandlung auch nicht signifikant reduzierten.

Die nonverbalen Reaktionen jedoch (Var. 3 und 4) wurden durch das Treatment T signifikant positiv verändert, d.h., daß sowohl die positiven Reaktionen zunahmen wie auch die negativen abnahmen.

Aus diesen Ergebnissen bezüglich dem affektiven Beziehungsstil kann man ableiten, daß durch die konventionelle Ehe-therapie, so wie sie hier durch Treatment T vertreten ist, Veränderungen vor allem im nonverbalen Bereich des emotionalen Beziehungsstils zwischen den Partnern hervorgerufen wurden, daß jedoch in Bezug auf den verbalen Bereich eine Veränderung der sprachlichen, partnerbezogenen Äußerungen keine positive Beeinflussung stattfand.

Es ist daher zu vermuten, daß die konventionelle Ehe-therapie im emotional-affektiven Verhaltensbereich zwischen den Partnern zwar durchaus einen positiven Veränderungsprozeß einleiten konnte, daß sich dieser jedoch zunächst mehr auf die weniger bewußten Verhaltensweisen im nichtverbalen Bereich auswirkte und noch nicht in eine bewußtere Handlungsebene, wie sie sich in sprachlichen emotionalen Äußerungen ausdrückt, integriert werden konnte.

Im Bereich des Problemlöseverhaltens hatte die Treatmentbedingung T ebenfalls partielle Erfolge: Sowohl die Qualität des Entscheids im GRV wurde signifikant verbessert als auch die Anzahl von Problemlösestatements im MICS deutlich erhöht.

Inhaltlich läßt sich aus diesem Ergebnis ableiten, daß die konventionelle Ehe-therapie in der Lage war, zumindest den formalen Aspekt der Problembewältigung positiv zu beeinflussen, während jedoch die Qualität der Lösungen (Var. 16) und auch das Scheitern der Problembewältigung (Var. 12) in den untersuchten ersten fünf Sitzungen nicht bedeutend verändert werden konnte.

Daß die unspezifischen Äußerungen (Var. 6) durch Treatment T erheblich reduziert wurden, spricht dafür, daß die Partner durch die Therapie befähigt wurden, sich in ihren Diskussionen ganz auf das Problem zu konzentrieren und fokal daran zu arbeiten.

Zusammenfassend läßt sich daher bezüglich der Wirkung von Treatmentbedingung T sagen, daß sie in der Lage war, einen positiven Veränderungsprozeß zu initiieren, der sich jedoch auf bestimmte Bereiche (siehe oben) beschränkt und damit noch weit von einem multidimensionalen Therapieerfolg mit in das Gesamtverhalten des Paares integrierten Veränderungen entfernt ist.

2. Effekte durch Treatmentbedingung TA

Treatmentbedingung TA (traditionelle Eheberatung, kombiniert mit ASK) bewirkte signifikante Veränderungen bei den Paaren bezüglich der folgenden Variablen (s.a. Tab. 28, S. 255):

- positive verbale Verhaltensweisen (Var. 1)
- negative verbale Verhaltensweisen (Var. 2)
- positive nonverbale Verhaltensweisen (Var. 3)
- negative nonverbale Verhaltensweisen (Var. 4)
- Problemlöseverhalten (Var. 5)
- unspezifisches Problemlöseverhalten (Var. 6)
- positive Beurteilungen (Var. 13)
- negative Beurteilungen (Var. 14)
- ambivalente Beurteilungen (Var. 15)
- Qualität des Produkts (Var. 16)
- Partnerfragen (Var. 19)
- Therapieerfolgsskala (Var. 18).

Im Vergleich zu den Effekten von Treatment T konnte durch TA eine umfassendere Verhaltensänderung ausgelöst werden, die sich auf alle Dimensionen des emotional-affektiven Beziehungsstils der Partner bezieht. Die Veränderungen fanden dabei sowohl im verbalen wie auch im nonverbalen Verhalten zum Partner statt.

Inhaltlich läßt sich aus diesem Ergebnis für die Wirkung der Audiovisuellen Selbstkonfrontation folgern, daß sie als Interventionstechnik im Rahmen traditioneller Ehepsychotherapie

deren Effektivität vergrößern kann, indem sie offensichtlich den Prozeß der Verhaltensänderung im emotional-affektiven Beziehungsstil der Partner fördert und eine Integration auf eine bewußtere Verhaltensebene (verbale Äußerung) bewirkt.

Im Problemlösungsbereich zeigte sich Treatment TA nicht erfolgreicher im Ausmaß der Variablenveränderung als Treatment T. Sowohl in Gruppe T als auch in Gruppe TA wurden je zwei Variablen positiv verändert. Vergleicht man jedoch den inhaltlichen Aspekt dieser Variablen miteinander, so kann man ableiten, daß Gruppe TA mehr Einfluß auf den qualitativen Aspekt des Problemlöseverhaltens hatte. Während durch Gruppe T nur der formale Aspekt beeinflußt wurde (Var. 5 und 17), wurde durch Gruppe TA sowohl eine formale Dimension (Var. 5) als auch eine inhaltlich-qualitative Lösungsvariable positiv beeinflußt (Var. 16).

Vermutlich wurde durch die Konfrontation ein Feedback-Prozeß ausgelöst, der über die Rückmeldung der Problemdiskussion und -lösung den Partnern zu Einsichten in die eigene pathologische Interaktionsdynamik verholfen hat.

Es wird hier deutlich, daß die Kombination herkömmlicher Ehe-therapie mit Audiovisueller Selbstkonfrontation vor allem eine qualitative Verstärkung und Erweiterung der Effektivität auslöst und den therapeutischen Entwicklungsprozeß beschleunigt, somit als Katalysator wirkt und weitere Dimensionen im interaktionalen emotional-affektiven Verhalten positiv beeinflußt. Es wird aber auch deutlich, daß die Wirkung sich auf diese unterstützende Funktion beschränkt und sich nicht in einem Bereich entscheidend verbessernd auswirkt, in dem die konventionelle Ehe-therapie nur wenig erfolgreich war, nämlich im Problemlösungsverhalten.

3. Effekte durch Treatmentbedingung TAD

Treatmentbedingung TAD (traditionelle Eheberatung, kombiniert mit ASK und anschließender Diskussion) bewirkte signifikante Veränderungen bei den Paaren bezüglich der folgenden Variablen (s.a. Tab. 28, S. 255):

- positive verbale Verhaltensweisen (Var. 1)
- negative verbale Verhaltensweisen (Var. 2)
- positive nonverbale Verhaltensweisen (Var. 3)
- negative nonverbale Verhaltensweisen (Var. 4)
- Problemlöseverhalten (Var. 5)
- unspezifisches Problemlöseverhalten (Var. 6)
- Anzahl der Initialdeutungen (Var. 9)
- positive Beurteilungen (Var. 13)
- negative Beurteilungen (Var. 14)
- ambivalente Beurteilungen (Var. 15)
- Qualität des Produkts (Var. 16)
- Qualität des Entscheids (Var. 17)
- Anzahl der Versager (Var. 12)
- Partnerfragen (Var. 19)
- Therapieerfolgsskala (Var. 18)

Ebenso wie Treatment TA wirkte sich Treatment TAD auf den Gesamtbereich der emotional-affektiven Verhaltensweisen positiv aus, wie auch theoretisch erwartet werden konnte.

Im Unterschied zu Treatment TA zeigte jedoch Treatment TAD eine enorme Effektivität in der positiven Beeinflussung aller Problemlösevariablen. Sowohl der formale als auch der qualitative Aspekt des Problemlöseverhaltens wurden entscheidend verbessert.

Dieses Ergebnis verdeutlicht die Wirkung der Behandlungskombination TAD: Durch die Konfrontation mit dem eigenen Verhalten der Partner in der Problemdiskussion entwickeln sich die dar-

über ausgelösten Einsichten in einer anschließenden analytischen Diskussion zu effektiverem Konfliktlösungsverhalten und -strategien. Nur in der Kombination der Selbstkonfrontation mit einer anschließenden Analyse der eigenen Verhaltensweisen wird diese Entwicklung ermöglicht, da in Bezug auf das Problemlösungsverhalten eine emotionale Einsicht allein offensichtlich nicht ausreicht, um hier effektive Verhaltensänderungen hervorzurufen, sondern eine verstandesmäßige Bearbeitung der Einsicht und Überführung in neue Verhaltensweisen notwendige Voraussetzung ist.

Rekurriert man im Zusammenhang mit diesen Ergebnissen auf die beschriebenen Forderungen an eine erfolgreiche Partnertherapie (S. S. 158 f) und die therapietechnischen Direktiven für einen adäquaten Verlauf einer Partnertherapie (s. S. 202), so wird hier deutlich, daß die konfrontationsunterstützte Therapie eine Technik ist, die diese Prozesse in idealer Weise unterstützen und beschleunigen kann.

Während die traditionelle Eheberatung in der vorliegenden Untersuchung vor allem die Atmosphäre zwischen den Ehepartnern positiv beeinflusste und entspannte und somit eher im Vorstadium von Verhaltensänderungen blieb, konnte die konfrontationsunterstützte Therapie, die zusätzlich eine analytische Aufarbeitung der Konfrontation anwendete, über das Stadium einer emotionalen Entspannung hinaus bereits konkrete Verhaltensänderungen in einem Bereich hervorrufen, der im typischen Verlauf traditioneller Partnertherapie erst in einem wesentlich späteren Stadium möglich ist.

Die statistischen Ergebnisse im Vergleich zwischen den Gruppen, wie sie durch die T-Tests, Varianzanalysen und multivariaten Varianzanalysen beschrieben sind, belegen diese anhand der Ergebnisse innerhalb jeder Gruppe im vorher-nachher-Vergleich

entwickelten Wirkungstendenzen der einzelnen Treatments nicht bezüglich aller Variablen und in demselben Umfang, wie es die Intra-Gruppen-Ergebnisse nahelegen, so daß die eben dargestellten Wirkungsweisen nicht im streng statistischen Sinn als nachgewiesen gelten können.

Aber selbst anhand der statistischen Vergleiche durch die univariaten und multivariaten Varianzanalysen wurde eindeutig festgestellt, daß die Interventionstechnik der Audiovisuellen Selbstkonfrontation im Rahmen konventioneller Ehe-therapie im Vergleich zur Effektivität traditioneller Ehe-therapie bedeutende Zugewinne in der Veränderung der emotional-affektiven Beziehung erzielen konnte, wie sie sich in der gegenseitigen Beurteilung, Einstellung und Reaktionen der Partner aufeinander ausdrückt. Hierbei erscheint es unwesentlich, ob die Konfrontation inhaltlich durch eine anschließende Diskussion aufgearbeitet wird oder nicht. Es scheint eher eine direkte Beeinflussung im emotionalen Bereich ausgelöst zu werden, die der bewußten Aufarbeitung nicht bedarf und eine direkte Auswirkung im Sinne einer Einstellungs- und Verhaltensänderung hat, wie sie oben bereits beschrieben wurde.

Weiter wird anhand der Untersuchung deutlich und sowohl durch die varianzanalytischen Untersuchungen für eine bedeutende Variable in diesem Bereich (Var. 5) als auch durch die MANOVA für die Variablenkombination III nachgewiesen, daß durch die Audiovisuelle Selbstkonfrontation in der Kombination mit einem anschließenden bearbeiteten Gespräch das Problemlöseverhalten des Paares, das sich durch die Art des Umgangs mit Konflikten, Entwickeln von Lösungsstrategien und Finden von Lösungen ausdrückt, bedeutend besser beeinflusst werden konnte als durch konventionelle Ehe-therapie. Voraussetzung ist jedoch, wie bereits beschrieben, daß die Konfrontation durch ein anschließendes analytisches Gespräch, in dem auch Verhaltensalternativen entwickelt werden, durchgearbeitet wird. Dies wird

verständlich, wenn man bedenkt, daß die Entwicklung von Problemlösungsstrategien nicht durch eine bloße Konfrontation mit ineffektivem Problemlöseverhalten bereits verändert wird. Es ist ja fraglich, inwieweit die Partner überhaupt selbst erkennen, wo ihre Fehler liegen. Weiterhin müssen zusammen mit dem Therapeuten anhand der negativen Beispiele aus der eigenen Kommunikation effektivere Verhaltensstrategien entwickelt werden. Anders als im oben diskutierten emotionalen Verhaltensbereich, wo korrigierende Erfahrungen allein durch Konfrontation offensichtlich möglich sind, da sie keine unmittelbare gedankliche Auseinandersetzung erfordern, ist im Bereich des Konfliktlösungsverhaltens eine verstandesmäßige Bearbeitung des Gesehenen unbedingt notwendig, um effektive Verhaltensänderungen hervorzurufen.

Eine solche Kombination der Selbstkonfrontation mit anschließender Analyse wird somit offensichtlich zu einer sehr effektiven Interventionstechnik, um Verhaltensänderungen im Problemlösungsbereich des Paares auszulösen, weitaus effektiver als die traditionelle Eheberatung, wo Alternativstrategien ohne Konfrontation entwickelt werden. Es ist zu vermuten, daß gerade die direkte Konfrontation der Ehepartner mit dem inadäquaten interpersonellen Verhalten ein emotional betroffeneres Klima schafft als durch die Einsichtsvermittlung via Therapeut in der traditionellen Therapie. Durch die Konfrontation wird die Verhaltensänderung aufgrund dieser direkten, eigenen Einsicht offensichtlich eher ermöglicht. Durch die Aufarbeitung dieses Erlebnisses im Anschluß an die Konfrontation wird dieser Moment der Offenheit für eine Verhaltensänderung aufgrund emotionaler Betroffenheit optimal genutzt, während er ohne die anschließende Bearbeitung offensichtlich ungenutzt verlorengeht, wie die Ergebnisse andeuten.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung legen somit den Schluß nahe, daß die Audiovisuelle Selbstkonfrontation der Partner einer

Zweierbeziehung mit ihrem Interaktionsverhalten im Rahmen von ehetherapeutischen Sitzungen eine effektive Interventions-technik sein kann, um zunächst einmal ein positives emotionales Klima zu schaffen, in dem sich die Partner im gegenseitigen besseren Verständnis füreinander mit ihren Konflikten konstruktiv auseinandersetzen können. Es ist zu vermuten, daß dieses Verständnis füreinander durch die wiederholte distanzierte Wahrnehmung der Interaktionsmuster zwischen den Partnern ausgelöst wird. Herausgelöst aus der emotionsgeladenen direkten Interaktion können die Partner ihre Kommunikation auf dem Bildschirm verfolgen und damit in einer gewissen emotionalen Distanz objektiver sich selbst und den anderen beobachten und beurteilen.

Diese emotionale Distanz ist offensichtlich dafür verantwortlich, daß - anders als in der traditionellen Ehetherapie - die Partner mehr Verständnis für die Reaktionen des anderen entwickeln können, indem sie im Playback die Auslöser im eigenen Verhalten selbstkritisch besser einschätzen können. Es wird nicht mehr der andere als der "gestörte" in der Partnerschaft verdammt, sondern die eigenen unangepaßten Verhaltensweisen zum Partner werden erkannt.

Hierdurch kann sich aber das emotionale Klima in der Beziehung entscheidend verändern: Das gegenseitige Verständnis füreinander wächst und die Partner können durch die schrittweise Reduktion der gegenseitigen Ablehnung wieder besser aufeinander eingehen. Verhaltensmäßig läßt sich eine solche Veränderung im emotionalen Klima durch eine Reduktion negativ-kritisierender Äußerungen und Verhaltensweisen und durch eine Erhöhung positiv-unterstützender Äußerungen und Verhaltensweisen feststellen.

Damit wird eine der therapietechnischen Schwierigkeiten in der traditionellen Ehetherapie überwunden, nämlich, daß das emotio-

nale Klima durch die verbale Vermittlung des Therapeuten oft nur sehr langsam und schwer beeinflussbar ist und die Partner oft auf ihren festgefahrenen Positionen beharren. Durch die unmittelbare emotionale Verstrickung auch während der Therapie-sitzung wird der objektive Blick für das gegenseitige Verhalten versperrt, der eine Relativierung der Positionen und damit eine Entspannung der Beziehung ermöglichen könnte. Diese anhand meiner Erfahrungen bei traditioneller Ehe-therapie erst längerfristig zu erreichende Veränderung wird mit Hilfe der ASK aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse kurzfristiger ermöglicht.

Ein positives emotionales Klima ist aber grundlegende Voraussetzung für die Entwicklung einer befriedigenden Kommunikation zwischen den Ehepartnern und damit für die Entwicklung von konstruktivem Problemlöseverhalten. Erst wenn beide Partner wieder verständnisvoll aufeinander eingehen können, werden sie Konflikte wieder adäquat und problembezogen miteinander diskutieren können und Lösungsstrategien entwickeln, die für beide Partner befriedigend sind. Denn erst dann sind problembezogene Gespräche möglich, wenn die Atmosphäre zwischen den Partnern nicht durch gegenseitige negative Gefühle gestört sind, sondern ein entspanntes, positives und angstfreies Verhältnis besteht, in dem eine Öffnung zum Partner wieder möglich ist. Andernfalls ist das Konfliktlösungsverhalten der Partner bestimmt durch gegenseitige Vorwürfe und andere negativ konditionierende Verhaltensweisen, wodurch echte Problemlösungen verhindert werden.

Hier setzt anhand der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung die ASK an. Indem das emotionale Klima auf die oben beschriebene Weise positiv beeinflusst wird, wird die Möglichkeit zur adäquaten Konfliktbearbeitung eröffnet. Die Entwicklung effektiver Problemlösestrategien wird jedoch nicht entscheidend durch die Anwendung von Selbstkonfrontation allein im Vergleich zur traditionellen Ehe-therapie verändert. Erst eine Kombination der

ASK mit anschließender Analyse und Bearbeitung der Interaktionssequenzen mit dem Therapeuten führt zu einer entscheidenden qualitativen Verbesserung der Problemlösetechniken des Paares. Dabei sind offensichtlich folgende drei Bedingungen in ihrer Kombination von Bedeutung:

1. Schaffung eines positiven emotionalen Klimas zwischen den Partnern als Basis für konstruktive Gespräche.
2. Konfrontation der Partner mit ihrem unangepaßten, ineffektiven Kommunikationsverhalten zur Vermittlung direkter Einsicht als Grundlage für Verhaltensänderungen.
3. Analyse des Interaktionsverhaltens mit den Partnern zur verstandesmäßigen Aufarbeitung der Selbstkonfrontation und Entwicklung von Verhaltensalternativen.

Die Untersuchungsergebnisse deuten somit an, daß die ASK in der beschriebenen Kombination mit durcharbeitenden Gesprächen, im Rahmen von Ehepsychotherapie und bedeutende Effektivitätsoptimierung beim Erreichen der zu Beginn der Arbeit genauer definierten Therapieziele von Partnertherapie ermöglicht, nämlich die Entwicklung einer positiven, aber deshalb nicht unkritischen Beziehung zwischen den Partnern, in der auftauchende Konflikte aufgrund einer lebendigen Auseinandersetzung und mit effektiven Problemlösestrategien konstruktiv bewältigt werden. Hier kann die ASK eine Technik sein, die im Verlauf der Therapie sowohl als Katalysator des einsichtsorientierten Prozesses wirkt als auch qualitativ andere Selbst-Einsichten als in der traditionellen Ehe-therapie ermöglicht.

Die ASK stellt sich somit anhand dieser Untersuchung als höchst effiziente Interventionstechnik im Rahmen ehetherapeutischer Bemühungen dar.

5. ABSCHLIESSENDE BEMERKUNG ZUR VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG

Die vorliegende Untersuchung war als Beitrag konzipiert, der erstens die Wirkung der Interventionstechnik "Audiovisuelle Selbstkonfrontation" im Rahmen von Ehepsychotherapeutischen Sitzungen beurteilen sollte und zweitens den Versuch einer Konzipierung der Wirkungsweise dieser Technik darstellen sollte.

Die Untersuchung war so geplant, daß die wichtigsten partnerbezogenen Verhaltens- und Erlebensdimensionen in einer Zweierbeziehung erfaßt und Aussagen über die Veränderung dieser Dimensionen durch drei verschiedene Treatmentbedingungen ermöglicht werden sollten. Dieser Plan wurde anhand der Kritik an bisherigen Untersuchungen entwickelt, die sich jeweils nur auf einzelne, isolierte Verhaltensweisen konzentrierten, ein Vorgehen, das dann auch nur beschränkte Interpretationsmöglichkeiten bezüglich der Wirkungsweise der ASK zuließ.

Bezüglich der Untersuchungsmethodik wurde ein multidimensionaler Untersuchungsansatz bevorzugt, um die Aussagen der verschiedenen Meßergebnisse kreuzzuvalidieren und eine möglichst komplette Aussage über das kommunikative Verhalten der Partner zu gewinnen (s.a. CROMWELL et. al., 1976).

Es wurde allerdings deutlich, daß die strikte Beschränkung der Interpretation auf die experimentell gesicherten Ergebnisse im Sinne von eindeutigen Signifikanzen eine unnötige Einengung und Reduktion der möglichen Interpretativen Überlegungen zur Wirkung der ASK bedeuten. Aus diesem Grund wurde neben den Schlußfolgerungen anhand der statistisch signifikanten Ergebnisse eine Interpretation der im methodischen Sinn problematischen Ergebnisse der Intra-Gruppen-T-Tests einbezogen, die jedoch m.E. einen wichtigen inhaltlichen Aussagewert bezüglich der Wirkungsweise der ASK haben, ja einen solchen interpreta-

tiven Zugang erst ermöglichen.

Die Autorin ist sich der methodischen Problematik dieses Vorgehens durchaus bewußt und möchte hier den Hinweis anfügen, daß diese Interpretationen selbstverständlich nur als Trendaussagen zu bewerten sind und der weiteren Validierung bedürfen.

Auf diese Weise konnte jedoch eine Theorie der Wirkungsweise der ASK im Rahmen Ehepsychotherapeutischer Interventionen skizziert werden, wobei sowohl Aussagen über die Wirkung der ASK allein als auch in der Kombination mit einem anschließenden analytischen Gespräch möglich waren.

An dieser Stelle sei ein abschließender Vergleich der zuvor beschriebenen empirischen Ergebnisse meiner Studie mit den Beobachtungen der im Theorie-Teil der Arbeit referierten Autoren bezüglich der Wirkungsweise der ASK in der (Partner-) Psychotherapie ergänzend dargestellt.

Dieser Vergleich zeigt tatsächlich weitgehende Übereinstimmungen zwischen den Ergebnissen dieser Arbeit und den Beschreibungen in den referierten Arbeiten bezüglich der hier untersuchten Variablen.

Allerdings war ein solcher Vergleich nur beschränkt möglich, da sich die vorliegende Untersuchung mit der Wirkung der ASK in der Partnertherapie und damit vornehmlich auf die Veränderung von Interpersonalen Verhaltensweisen wie partnerschaftliche Interaktion und Kommunikation beschäftigte. Soweit sich aber die Beobachtungen der Autoren auf die Wirkung der Selbstkonfrontation auf das kommunikative Verhalten, auf die Kooperation und das emotionale Klima im Interpersonalen Bereich bezog, sind mit den vorliegenden empirischen Ergebnissen übereinstimmende Beschreibungen evident.

So beobachtete ALGER als Reaktion auf die ASK ein wachsendes Verständnis der Ehepartner füreinander, eine größere Koopera-

tionsbereitschaft, ein Anwachsen freundschaftlicher Gefühle und eine Vermindungen von Spannungen (S. 49). Weiter beschrieb er eine Zentrierung und anwachsende Bewußtheit der Partner bezüglich ihrer verbalen und nonverbalen Kommunikation, insbesondere unter dem Aspekt widersprüchlicher Botschaften (S. 48).

ALGER beobachtete in diesem Zusammenhang, daß durch die ASK eine hohe Sensibilisierung der Klienten bezüglich des gesamten verbalen und nonverbalen Kommunikationsfeldes zwischen ihnen erreicht wird, was einhergeht mit einem wachsenden Verständnis dafür, daß die Reaktionen und Positionen innerhalb der Beziehung durch die Dynamik und die Kommunikation zwischen ihnen bestimmt wird und hier Änderungen erfolgen müssen (S. 58). Ein Anwachsen an Bewußtheit und Verständnis der komplexen Kommunikationsabläufe zwischen den Partnern durch die ASK vermindert nach den Beobachtungen ALGER & HOGANs das Konfliktpotential zwischen ihnen und führt zu positiveren Gefühlen und verstärkter Kooperationsfähigkeit (S. 63). Defizitäre Kommunikationsmuster als Ursachen gestörter Beziehungen werden durch die ASK leichter identifiziert (S. 64).

APOSTOLES et al. beobachteten ebenfalls, wie das Paar durch die ASK lernte, seine Kommunikationsprobleme selbst zu identifizieren, was als Ausgangspunkt für Verhaltensänderungen diente (S. 51 f.).

PAUL beschrieb, wie die ASK dazu verwendet werden kann, daß die Partner einer gestörten Zweierbeziehung ihre eigenen spezifischen Verhaltensweisen erkennen lernen, mit der sie Partnerkonflikte erzeugen oder aufrechterhalten (S. 52).

Auch für BERGER ist ein kontinuierlicher Effekt der ASK in Form einer anwachsenden Bewußtheit der eigenen pathologischen Interaktionen und Abwehrmuster zu beobachten, durch die die konfrontierten Klienten sich in der Konsequenz realitätsangepaßter

verhalten können (S. 21).

PAREDES et al. sehen ebenfalls eine Hauptfunktion der ASK in der Möglichkeit, den Patienten objektive Informationen über ihre pathologischen Kommunikationsmuster zu vermitteln, damit sie als Konsequenz diese Muster ändern können (S. 30).

HOLLANDER & MOORE beschreiben in diesem Zusammenhang, daß den Klienten anhand der ASK die personalen und interpersonalen Konsequenzen ihres Verhaltens verdeutlicht werden, durch die eine befriedigende Beziehung verhindert wird (S. 74).

KAGAN und Mitarbeiter nehmen als grundlegenden Faktor für jeden Fortschritt in der Therapie die Bereitschaft des Patienten für eine Veränderung an. Dies gilt in besonderem Maße auch für eine erfolgreiche Partnertherapie. KAGAN beobachtete, daß die ASK (Hier: IPR) die Bereitschaft zu einer therapeutischen Öffnung ganz offensichtlich fördert.

Weiter beobachteten sie, daß die Patienten durch die IPR lernten, die Auslösereize für ihr Verhalten differenzierter wahrzunehmen und so ihr Verhalten als Reaktionsfolgen in der verbalen und nonverbalen Kommunikation zwischen den Partnern zu begreifen. Durch die Förderung dieser Prozesse kann der Patient zu angepaßteren Verhaltensweisen kommen, was besonders für die Entspannung in der Zweierbeziehung von Bedeutung ist (S. 37 f.).

SILK berichtet von einer ähnlichen Erfahrung bei der Anwendung der ASK, daß nämlich die Ehepartner durch die Konfrontation schnell fähig wurden, ihre in der Kommunikation zu beobachtende Beziehungsstörung und ihre gegenseitige, verzerrte Wahrnehmung voneinander zu erkennen. Die Partner gingen daraufhin dazu über, aktive Lösungsmöglichkeiten ihrer Probleme zu entwickeln. Außerdem würde bei den Partnern durch die objektive Portraittierung ihrer Beziehung anhand der Videoaufzeichnung ein Gefühl

von Aufrichtigkeit und Offenheit erzeugt, die in der Beziehungsstörung meist fehlt, aber Voraussetzung für eine gute emotionale Beziehung ist (S. 54).

Diese Auflistung macht deutlich, daß die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung eine weitgehende experimentelle Validierung bisheriger Beobachtungen darstellt. Sowohl die Beschreibungen der Wirkung der ASK bezüglich dem emotionalen Klima als auch dem gesamten Bereich der verbalen und nonverbalen Kommunikation und des Kooperationsverhaltens der Partner wurden anhand der Untersuchungsergebnisse deutlich belegt. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Beobachtung einiger Autoren bezüglich der ASK als wirksamer Katalysator der Therapie hingewiesen (z.B. BERGER, S. 18, oder BROOKS, S. 61), eine Beobachtung, die gerade in der vorliegenden Untersuchung sehr deutlich wurde.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muß allerdings berücksichtigt werden, daß in der vorliegenden Arbeit nur die Auswirkung der drei Treatmentbedingungen in einem begrenzten zeitlichen Rahmen von insgesamt fünf Therapiesitzungen betrachtet wurde und damit nicht unbedingt Folgerungen über die differenzielle Wirkung in einem längeren Behandlungszeitraum zulassen. Es ist durch die Untersuchung nicht abschließend zu beurteilen, ob die größeren Veränderungen durch die mit ASK kombinierte Therapie ein reiner Katalysatoreffekt war, der bei längerer Behandlungszeit durch eine traditionelle Partnertherapie wieder aufgeholt wird oder ob es qualitativ andere Veränderungen sind, die durch die ASK bewirkt werden. Dies könnte erst eine vergleichende Langzeit-Therapie-Untersuchung definitiv absichern. Relativ sichergestellt scheinen die beschriebenen Effekte daher für eine Kurztherapie bei Partnerproblemen zu sein, in der vor allem die Selbsthilfemöglichkeiten des Paares gestärkt werden sollen (s.a. RICHTER & WIRTH, 1978).

Aufgrund der durch die vorliegende Untersuchung nachgewiesenen grundsätzlichen Effektivität der ASK im Rahmen ehopsychotherapeutischer Sitzungen lassen sich für die weitere Erforschung dieser Technik folgende Untersuchungsziele formulieren:

1. Langzeituntersuchung der Wirkung konfrontations-unterstützter Ehetherapie im Vergleich mit anderen ehetherapeutischen Techniken.
2. Erarbeitung von Richtlinien für die Indikation, Kontraindikation und Differentialdiagnose der ASK.
3. Erarbeitung eines Therapieplans zum Einsatz der ASK mit Anwendungsempfehlungen zum optimalen Timing der ASK, zur optimalen zeitlichen Dauer der Konfrontationssequenzen und zur inhaltlichen Bestimmung konfrontationsgeeigneter Sequenzen.
4. Optimierung der Technik durch Kombination mit anderen ehetherapeutischen Interventionen und Entwicklung eines integrativen ehetherapeutischen Therapiemodells.

Es ist anhand der vorliegenden und anderer Untersuchungen zu erwarten, daß die bisherigen Therapietechniken durch die ASK wirksam ergänzt und damit die Effektivität bei Partnertherapien nicht unwesentlich unterstützt werden kann.

- ALGER, I. Therapeutic use of the videotape playback, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1969, 148(4), 328 - 364
- ALGER, I. Insight and involvement in individual therapy through video confrontation, in: MASSERMAN, J.H. (Ed.) *Science and Psychoanalysis*, Vol. XVIII: Techniques of Therapy, N Y. 1971
- ALGER, I. Konfrontation mit dem Fernsehbild in der Gruppentherapie, in: SAGER, C.J. & SINGER KAPLAN, H. (Eds.) *Handbuch der Ehe-Familien- und Gruppentherapie*, Bd. 1, 1973 (a)
- ALGER, I. Audio-visual techniques in family therapy, *Seminars in Psychiatry*, 5(2), 1973(b), 185-193
- ALGER, I. & HOGAN, P. The impact of videotape recording on involvement in group therapy, *The Journal of Psychoanalysis in Groups*, 2(1), 1966-67, 50-56
- ALGER, I. & HOGAN, P. The use of videotape recordings in conjoint marital therapy, *American Journal of Psychology*, 1967, 123, 1425-1430
- ALGER, I. & HOGAN, P. Enduring effects of videotape playback experience on family and marital relationships, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1969, 39, 186-194
- ALKIRE, A.A. & BRUNSE, S.J. Impact and possible casualty from videotape feedback in marital therapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42(2), 203-210
- ANDERSON, A.A., TH.J. HUMMEL & D.L. GIBSON An experimental assessment of video-tape feedback and two pregroup orientation procedures in a human relations training laboratory, *Comparative Group Studies* 1970, 1(2), 156-176
- ANDES, D.A. An Evaluation of a Couple's Relationship - Building Workshop: The Use of Video and small Group Feedback in Teaching Communication Skills, *Doct.Diss. University of Massachussetts* 1974
- APOSTOLES, F.E., C.J.ANDERSON & C.L.HUYE The use of closed-circuit television in marital therapy, *Journal of Public Nursing and Mental Health Services*, 1974, March-April, 10-16
- ARCHER, J., T.FIESTER, N.KAGAN, L.RATE, T.SPIERLING & R. VAN NOURD New method for education, treatment and research in human interaction, *Journal of Counseling Psychology*, 1972, 19(4), 275-281

- BAHNSON, C.B. Body and self-images associated with audio-visual self-confrontation, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1969, 148(3), 262-280
- BAKER, T.B., H.UDIN & R.E.VOGLER A short-term alcoholism treatment program, using videotape modeling and self-confrontation techniques, *Proceedings of the 80th Annual Convention APA*, 1972, 375-76
- BAKER, T.B., H.UDIN & R.E.VOGLER The effects of videotaped modeling and self-confrontation on the drinking behavior of alcoholics, *The International Journal of the Addictions*, 1975, 10(5), 779-793
- BATESON, G., D.D.JACKSON, J.HALEY & J.WEAKLAND Toward a Theory of Schizophrenia, *Behavior Science*, 1956, 1, 251
- BAUMANN, W.F. The Effect of Time Variations in Videotape Feedback on the Verbal Behavior of members in Group Counseling, *Doct.Diss. Arizona State University*, 1972
- BAURIEDL, Th. Beziehungsanalyse, Frankfurt/Main 1979, in Vorbereitung
- BECK, D. Fernsehen (TV-Playback) als technisches Hilfsmittel in der Gruppenpsychotherapie, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 1972, 5(2), 186-191
- BECK, D. Video als Hilfsmittel in der Psychotherapie, *Jugend Film Fernsehen IV*, 1975
- BERGER, M.M. Videotape Techniques in Psychiatric Training and Treatment, *Brunner/Mazel N.Y.* 1970
- BERGER, M.M. Self-Confrontation through video, *American Journal of Psychoanalysis*, 1971, XXXI(1), 48-58
- BERGER, M.M. A preliminary report on multi-image immediate impact video self-confrontation, *American Journal of Psychiatry*, 1973(a), 130(3), 304-306
- BERGER, M.M. Multiple image self-confrontation, *Radical Software*, 1973(b), 2(4), 504-515
- BERGER, M.M. The "I can't believe it" reaction to video, *Newsletter and Continuing Dialogue*, 1977, 9(2), 2-10
- BERGER, M.M., B.SHERMAN, J.SPALDING & R.WESTLAKE The use of videotape with psychotherapy groups in a community mental health service program, *International Journal of Group Psychotherapy*, Vol.XVIII, 1968

- BERMAN, A.L. The Effect of Videotape Self-Confrontation on Level of Ego Functioning and Thought Disturbance in Non-Paranoid, Process Schizophrenics, *Doct.Diss.*, The Catholic University of America, 1970
- BERMAN, A.L. Videotape self-confrontation of schizophrenic ego and thought processes, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972, 39(1), 78-85
- BERNAL, M.E. Behavioral feedback in the modification of the brat behavior, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1969, 148
- BERNAL, M.E., J.S.DURYEE, H.L.PRUETT & B.J.BURNS Behavior modification and the brat syndrome, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1968, 32, 447-455
- BERRYMAN, A. Videotape playback system shows dramatic results for stuttering victims, *Educational Media*, 1969, 1, 22-23
- BIENVENU, M.J. A Counselors Guide to Accompany a Marital Communication Inventory, *Durham, Family Life Publ.*, 1969
- BIENVENU, M.J. Measurement of marital communication, *The Family Coordinator*, 1970, 19(1), 26-31
- BIRCHLER, G.R., R.L.WEISS & J.P.VINCENT A multi-method analysis of social reinforcement exchange between maritally distressed and non-distressed spouse and stranger dyads, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1975, 31(2), 349-360
- BLOCK, J. & H.THOMAS Is satisfaction with self a measure of adjustment, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1955, 51, 254-259
- BOA, J. & V.KESSELRING Merkmalsunterschiede zwischen Mann und Frau bzw. zwischen Patient und Nichtpatient im Gemeinsamen Rorschach Versuch, in: J.WILLI, 1974, 86-102
- BOA, J. Zum Dominanzverhalten im Gemeinsamen Rorschach-Versuch *Dipl.-Arb.*, Seminar für angewandte Psychologie, Zürich, 1969
- BOSZOMENYI-NAGY, I. Eine Theorie der Beziehungen: Erfahrung und Transaktion, in: BOSZOMENYI-NAGY, I. & J.L.FRAMU (Hrsg.) *Familientherapie, Theorie und Praxis*, Bd.I, Reinbek 1975, 51-109
- BOYD, H.S. & V.V.SISNEY Immediate self-image confrontation and changes in self concept, *Journal of Consulting Psychology* 1967, 31(3), 291-294
- BRAUCHT, G.N. Immediate effects of self-confrontation on the self-concept, *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 1970, 35(1), 95-101

- BROOKS, D.D. "Teletherapy": Or how to use videotape feedback to enhance group process, *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol.XIV, 1976, 83-87
- CARRERE, J. Le psychochoc cinématographique, principes et techniques. Application au traitement des malades convalescents de delirium tremens, *Annales Medicopsychologiques*, 1954, 112,240-245
- CARRERE, J., C.CRAIGNOU & PUCHARD De quelques resultats du psychochoc cinématographique dans la psychothérapie des delirium et subdelirium tremens alcoolique, *Annales Medicopsychologiques*, 1955,113, 46-51
- CORNELISON, F.S. Samples of psychopathology from studies of self-image experience, *Diseases of the Nervous System*, 1963, 24, 133-139
- CORNELISON, F.S. & J.ARSENIAN A study of the response of psychotic patients to photographic self-image experience, *Psychiatry Quarterly*, 1960, 34, 1-8
- CORNELISON, F.S. & T.N.TAUSIG A study of the self-image experience using videotape at Delaware State Hospital, *Delaware Medical Journal*, 1964, 36, 229-231
- CROMWELL, R.E., D.H.L.ULSON & D.G.FOURNIER Tools and techniques for diagnosis and evaluation in marital and family therapy, *Family Process*, 1976, 15(1), 1-49
- CZAJKOSKI, E.H. The use of videotape recordings to facilitate the group therapy process, *International Journal of Group Psychotherapy*, 1968, 18, 516-524
- DANET, B.N. Self-confrontation by Videotape in Group Psychotherapy, Unpubl. Doct.Diss., University of Minnesota, 1967
- DANET, B.N. Self-confrontation in psychotherapy reviewed: Videotape playback as a clinical and research tool, *American Journal of Psychotherapy*, 1968, 22, 245-257
- DANET, B.N. Impact of audio-visual feedback on group psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1969(a), 33(5), 632
- DANET, B.N. Videotape playback as a therapeutic device in group psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 1969(b), Vol.XIX(4), 433-440

DÖRNETTE, W.&S. Zum Einsatz von Video-Bandaufzeichnungen in der Verhaltenstherapie beim Kind, Münchner medizinische Wochenzeitschrift 1975, 117(47), 1887-1892

EDELSON, R. & E.SEIDMAN Use of videotaped feedback in altering interpersonal perceptions of married couples: A therapy analogue Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1975, 43(2), 244-250

EISLER, R. & M.HERSEN Effects of videotape and instructional feedback on non-verbal marital interaction: An analog study, Behavior Therapy, 1973, 4, 551-558

ELKISCH, P. The psychological significance of the mirror, Journal of American Psychoanalytic Association, 1957, 5, 235

ENNIS, D.L. The effects of videotape feedback versus verbal feedback on the behavior of schizophrenics in group psychotherapy, Doct.Diss. Brigham University, 1973

FEINSTEIN, C. & J.S.TAMERIN Induced intoxication and videotape feedback in alcoholism treatment, Quarterly Journal of the Studies of Alcohol, 1972, 33, 408-416

FREED, H. On various uses of the recorded interview in psychotherapy, Psychiatry Quarterly 1948, 22, 685-695

FREUD, S. Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, 1912 in: Gesammelte Werke, Bd. VIII, 5.Aufl, 1965, S.384

FRYREAR, J.L., L.R.NUELL, S.D.RIDLEY Photographic self-concept enhancement of male juvenile delinquents, Journal of Consulting Psychology, 1974, 42(6), 915

FULLER, F.F. & B.A.MANNING Self-confrontation reviewed: a conceptualization for video playback in teacher education, Review of Educational Research, 43(4), 1972, 469-526

FURMAN, S. & A.FEIGNER Video Feedback in Treating hyperkinetic children: a preliminary report, American Journal of Psychiatry, 1973, 130(7), 792-797

GAENSSLER, H. & W.SCHUBÖ Einfache und komplexe statistische Analyse, München 1973, 2.Aufl.

GAIER, E.L. Selected personality variables and the learning process, Psychological Monographs, 1952, 66, 1-18

GARNER, H.H. A review of confrontation in psychotherapy from hypnosis to the problem-solving technique, in: M.M.BERGER, 1970

GEERTSMA, R.H. Studies in self cognition, an introduction, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1969, 148(3), 193-197

GEERTSMA, R.H. & R.S.REIVICH Repetitive self-observation by videotape playback, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1965, 141(1), 29-41

GEERTSMA, R.H. & R.S.REIVICH Auditory and visual dimensions of externally mediated self-observation, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1969, 148(3), 210-223

GERSZWESKI, M.CH. The effects of focused videotape feedback upon group expressions of warmth, hostility and flight, *Doct.Diss.*, University of North Dakota, 1972

GIVON, D. Der Gemeinsame Rorschach Versuch als ehetherapeutische Methode, in: J.WILLI, 1974, 74-85

GOTTHEIL, E., C.E.BACKUP & F.S.CORNELISON Denial and self-image confrontation in a case of anorexia nervosa, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1969, 148(3), 238-250

GRIVER, J. & ROBINSON, M. Structured feedback: A new motivational theory and technique for improving job performance and job attitudes, *Unpubl.Manuscript*, zitiert bei ROBINSON & JACOBS 1970

HARTSON, D.J. & J.T.KUNCE Videotape replay and recall in group work, *Journal of Counseling Psychology*, 1973, 437-441

HECKEL, R.V. The television camera as co-therapist in group psychotherapy, *The Psychiatric Forum*, 1975, 5(1), 20-23

HEARD, D.B. The effect of immediate focused videotape feedback upon self-concept in an encounter group, *Doct.Diss.* University of Maryland, 1974

HOGAN, P. & I.ALGER Use of videotape recordings in family therapy, Paper presented at the American Orthopsychiatric Association, San Francisco, Cal., April 1966

HOLLANDER, C. & CH.MOORE Rationale and guidelines for the combined use of psychodrama and videotape self-confrontation, *Group Psychotherapy and Psychodrama*, 1972, 25(3), 75-83

HOLZMAN, PH.S. On hearing and seeing oneself, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1969, 148(3), 198-209

HOPS,H., TH.A.WILLS, G.R.PATTERSON & R.L.WEISS Marital Interaction Coding System, *Unpubl.Manuscript*, University of Oregon & Oregon Research Institute, 1971

- KAGAN, N. Influencing Human Interaction - Eleven Years of IPR
Unpubl. Manuscript
- KAGAN, N., & D. KRATHWOHL. Studies in Human Interaction, Michigan
State University, Educational Publication Services, 1967
- KAGAN, N. & P. SCHAUBLE. Affect simulation in interpersonal process
recall, *Journal of Counseling Psychology*, 1969, 16, 309-313
- KAGAN, N., D. R. KRATHWOHL & W. FARQUHAR. IPR-Interpersonal
Process recall: Stimulated recall by videotape, Michigan State Uni-
versity, Educational Publication Services, 1965
- KAGAN, N., D. KRATHWOHL & R. MILLER. Stimulated recall in therapy
using videotape - A case study, *Journal of Counseling Psychology*, 1963,
10, 237-243
- KAGAN, N., P. SCHAUBLE, A. RESNIKOFF, S. J. DANISH & D. KRATH-
WOHL. Interpersonal process recall, *Journal of Nervous and Mental
Disease*, 1963, 148, 237
- KASWAN, J. & LOVE, L. R. Confrontation as a method of psychological
intervention, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1969, 148(3), 224-
237
- KESSELRING, V. Korrelationsstatistische Bearbeitung des Gemein-
samen Rorschach Versuchs, Dipl.-Arb., Seminar für angewandte
Psychologie, Zürich, 1969
- KESSELRING, V. Statistische Merkmalsunterschiede zwischen der
angstneurotischen und hysterischen Ehe im Gemeinsamen Rorschach
Versuch, in: J. WILLI, 1974, 43-73
- KÖHLER, Th. Test und Retest im Rahmen einer Ehe-therapie, in:
J. WILLI, 1974, 13-42
- LERNER, L. Actual versus expected compatibility in the problem-
solving dyad, Unpubl. doct. diss., University of Oregon, 1973
- LOVE, L. R. Information feedback as a Method of Clinical Intervention
in: D. J. KINCAID (Chm.), *Communication Patterns in the Family and
the School as Related to Child Adjustment*, Symposium presented at
the American Psychological Association, N.Y. 1966
- MANDEL, A., K. H. MANDEL, E. STADTER & D. ZIMMER. *Einübung
in Partnerschaft*, München 1971, 8. Aufl. 1975

- MANIKA, C. Sind Frauen "fraulicher" und Männer "männlicher" in der Paarsituation? in: *Familiendynamik* 3(1) 1978, 91-100
- MARGOLIN, G., A.CHRISTENSEN & R.L.WEISS Contracts, Cognition and change: A behavioral approach to marriage therapy, *The Counseling Psychologist*, 1975, 5(3), 15-26
- MARTIN, C.V., & Sister M.J.PARRISH The application of closed circuit television instant replay as a self-confrontation method in children's group therapy, *Corrective Psychiatry and Journal of social Therapy* 1973, 19, 31-36
- MARVIT, R.G., J.KIND & D.G.McLAUGHLIN Use of videotape to induce attitude change in delinquent adolescents, *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131(9), 996-999
- MAYADAS, N.S., & E.E.O'BRIEN The use of videotape in group psychotherapy, *Group Psychotherapy and Psychodrama*, 1973, 26(1), 107-119
- MERMELSTEIN, D.E. The effect of videotape self-confrontation on poor pre-morbid, non-paranoid schizophrenic body image, *Doct.Diss.* The Catholic University of America, 1968
- MILLER, D. The effects of immediate and delayed audio- und video-taped feedback on group counseling, *Comparative Group Studies*, 1970, 19-46
- MILLER, M.F. Responses of psychiatric patients to their photographed images, *Diseases of the Nervous System*, 1962, 23, 296-298
- MOORE, F.J., E.CHERNELL & M.J.WEST Television as a therapeutic tool, *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12, 217-220
- MUNOZ, D.G. The effects of simulated affect films and videotape feedback in group psychotherapy with alcoholics, *Doct.Diss.*, Michigan State University, 1971
- MUZEKARI, L.H. Videotape self-confrontation among chronic schizophrenics, *Journal of Clinical Psychology*, 1974, 30(1), 99-100
- MUZEKARI, L.H. & P.KREIGER Effects of inducing body awareness in chronic schizophrenics: body boundary changes, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43(3), 435-436
- PAREDES, A. A clinical study of alcoholics using audiovisual self-image feedback, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1969, 148(3),

- PAREDES, A., E.GOTTHEIL, T.N.TAUSIG & F.S.CORNELISON
Behavioral changes as a function of repeated self-observation,
Journal of Nervous and Mental Disease 1969, 148(3), 287-299
- PATTERSON, C.R., H.HUPS & R.L.WEISS Interpersonal skills
training for couples in early stages of conflict, Journal of Marriage
and the Family, 1975
- PAUL, N.L. Effects of playback on family members of their once
previously recorded conjoint therapy material, Psychiatric Association
Journal, 1966, 20, 176-187
- PAUL, N. Self and Cross-confrontation techniques via audio-and-
visual-tape recordings in conjoint family and marital therapy, Paper
presented at 45th Annual Meeting. American Orthopsychiatric Association,
Chicago, March 1968
- PERLMUTTER, M.S., G.GUMPERT, D.G.LOEB, F.O'HARA &
I.S.HIGBIE Family diagnosis and therapy using closed circuit
television, American Orthopsychiatric Association Journal, 1967,
900-905
- PETERSEN, P. Sozialpsychologische Befunde bei unerwünschten Neben-
wirkungen der "Antibabypille", in: PETERSEN, P. Psychiatrische
und psychologische Aspekte der Familienplanung bei oraler Kontra-
zeption, Stuttgart 1969
- PROEDRUU, R.D. The adjunctive use of videotape Feedback in Group
Psychotherapy, Doct.Diss., Washington State University, 1974
- REICH, W. Character-Analysis, 1945 N.Y., deutsch: Charakter-Analyse,
Frankfurt, 1973
- REIVICH, R.S. & F.H.GEERTSMA, Experiences with video-tape self-
observation by psychiatric in-patients, Journal of Kansas Medical
Society, 1968, 69, 39-44
- RESNIK, H.L.P., W.T.DAVISON, D.SCHUYLER & P.CHRISTOPHER
Videotape confrontation after attempted suicide, American Journal of
Psychiatry, 1973, 130(4), 460-463
- RESNIKOFF A., KAGAN, N. & P.G.SCHAUBLE Acceleration of psycho-
therapy through stimulated videotape recall, American Journal of
Psychotherapy, 1970, XXIV(1), 102-111
- RICHTER, H.-E. Patient Familie, Reinbek 1972
- RICHTER, H.-E. & H.J. WIRTH Zwei-Wochen-Paartherapie, Familien-
dynamik, 1978, 1, 20-46

- RICKER, L. Use of audio-visual feedback in improving social skills of mentally retarded young adults, *American Psychologist*, 1963, 18, 404
- ROBINSON, M.B. Effects of video tape feedback vs. discussion session feedback on group interaction, self awareness and behavior change among group psychotherapy participants, Unpubl.Doct.Diss., University of Southern California, Los Angeles, 1968
- ROBINSON, M. & A.JACOBS Focused videotape feedback and behavior change in group psychotherapy, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1970, 7, 169-172
- ROBINSON, M.B. A study of the effects of focused video-tape feedback in group counseling, *Comparative Group Studies*, 1970, 1(1), 47-75
- ROGERS, A.H. Videotape feedback in group psychotherapy, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1968, 5(1), 37-40
- ROGERS, C.R. The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1942, 2(3), 429-434
- ROYCE, W.S. & R.L.WEISS Behavioral cues in the judgement of marital satisfaction: A linear regression analysis. Paper presented at Western Psychological Association, S.F. 1975, zit. bei MARGOLIN 1975
- SANFORD, E.S. An acoustic mirror in psychotherapy. The audiotape recorder as a psychotherapeutic tool, *American Journal of Psychotherapy*, 1969, 23(4), 681-695
- SCHERER, S.E. & FREEDBERG, E.J. Effects of group videotape feedback on development on assertiveness skills in alcoholics: a follow-up study, 1976, 39, 983-992
- SCHLOSS, J.J. The effect of video and audio-playback in group counseling on personality change, Doct.Diss., Syracuse University, 1969
- SEARLE, P.R. The effect of videotape feedback on the behavior of counseling groups, Doct.Diss., Brigham Young University, 1968
- SHEAN, G. & E.Y.WILLIAMS The effects of videotape feedback on the behavior of chronic psychotic patients, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1973, 10(2), 163-166
- SILK, S. The use of videotape in brief joint marital therapy, *American Journal of Psychotherapy*, 1972, 26, 417-424

- STERN, M.M. Self-objectification through therapeutic playback in psychoanalytic technique, Paper read at the Spring Meeting of the American Psychoanalytic Association, Boston, May 1968
- STERN, M.M. Therapeutic playback, self objectification and the analysis process, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1970, 18(3), 562-598
- STOLLER, F.H. Group psychotherapy on television: An innovation with hospitalized patients, *American Psychologist*, 1967, 22, 158-162
- STOLLER, F.H. Focused feedback with videotape: Extending the group's function, in: GAZDA, G.M. (ed.), *Innovations to Group Psychotherapy*, Springfield, Ill. 1968(a), 207-255
- STOLLER, F.H. Use of videotape (focused feedback) in group counseling and Group Therapy, *Journal of Research in Development Education*, 1968, 1, 30-44
- STOLLER, F.H. Accelerated interaction: A time-limited approach based on the brief intensive group, *International Journal of Group Psychotherapy*, 1968, 18, 220-258
- STOLLER, F.H. Videotape feedback in the group setting, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1969(a), 148(4), 457-466
- STOLLER, F.H. The long weekend, *Psychology Today*, 1967, 1, 28-33
- STOLLER, F.H. Videotape feedback in the marathon and encounter group, in: M.M.BERGER, 1970
- TELFICH, H.R. Das Tongerät in der Psychotherapie, *Psyche* 1956, IX(11), 711-720
- TRUSS, T.T. The effects of focused videotape feedback on changes in the self-concept and ideal-self-concept in a group therapy setting, *Doct.Diss.*, University of Maryland, 1971
- VAN ZOUST, B. Premarital communication skills education with university students, *The Family Coordinator*, 1973, 22, 187-191
- VERWOERDT, A. , J.B.NOWLIN & S.A.AGNELLO A technique for studying effects of self-confrontation in cardiac patients, *Health Sciences TV Bulletin*, 1965, 2, 1-6

- VERWOERDT, A., J.B.NOWLIN & S.A.AGNELL ^U Video gives patients a clearer view of themselves, *Journal of Rehabilitation*, 1967, 33, 24-25
- VERWOERDT, A., J.B.NOWLIN & S.A.AGNELL ^U Videotape aids psychiatrictherapy, *Modern Hospital*, 1968, 172, 110
- VINCENT, J.P., WEISS, R.L. & G.R.BIRCHLER Dyadic problem solving as a function of marital distress and spouse vs. stranger interactions, *Behavior Therapy*, 1975
- WALTER, G.A. & MILES, R.E. Changing Self-Acceptance task groups and video tape feedback or sensitivity training, *Small Group Behavior* 1974, 5(3), 356-363
- WALTER, G.A. Effects of video tape feedback and modeling on the behaviors of task group members, *Human Relations* 1975, 28(2), 121-138
- WALKENSHAW, M.R. An Investigation into the Possible Therapeutic Usefulness of Videotape Self-Confrontation, *Doct.Diss. University of Kansas*, 1972
- WEISS, R.L., H.HOPS & G.R PATTERSON A framework for conceptualizing marital conflict, a technology for altering it, some data for evaluating it, in F.W.CLARK & H.A.HAMERLYNCK (Eds.), *Critical issues in Research and Practice, Proceedings of the 4th Banff International Conference on Behavior Modification*, Champaign, Ill., Research Press, 1973
- WILLI, J. *Der Gemeinsame Rorschach Versuch*, Bern 1973
- WILLI, J. Anwendung des Gemeinsamen Rorschach Versuchs in Ehe-therapie und Forschung, Beihefte zur Schweizerischen Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen Nr. 56, *Rorschachiana XI*, Bern 1974
- WILLI, J. *Die Zweierbeziehung*, Reinbek, 1976
- WILLI, J. Die Beurteilung des Behandlungsergebnisses einer Paartherapie, in: H.-E.RICHTER, H.STRÖTZKA & J.WILLI (Hrsg.), *Familie und seelische Krankheit*, Reinbek, 1976, 1.Aufl., S 278-300
- WILMER, H.A. *The Electronic Couch: Television videotape Methods of Teaching the Doctor-Patient Relationship*, Unpubl.Manuscript 1966
- WILMER, H.A. Technical and artistic aspects of videotape in psychiatric teaching, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1967(a), 144, 207-223
- WILMER, H.A. Practical and theoretical aspects of videotape supervision in psychiatry, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1967(b), 145, 123-130

- WILMER, H.A. Role of psychiatrist in consultation and some observations on videotape learning, *Psychosomatics*, 1967(c), 8, 193-195
- WILMER, H.A. The use of Television Videotape for a Therapeutic Community for Adolescents Involved with Drugs, Paper read at the Western Divisional Meeting of the American Psychiatric Association, Los Angeles, Cal., Oct. 1967(d)
- WILMER, H.A. Innovative uses of videotape on a psychiatric ward, *Hospital and Community Psychiatry*, 1968(a), 19(5), 129-133
- WILMER, H.A. Television as a participant recorder, *American Journal of Psychiatry*, 1968(b), 124, 1157-1163
- WILMER, H.A. Witnessed group therapy on television: therapeutic or not? *American Psychologist*, 1968(c), 23, 759-761
- WILMER, H.A. Use of television monologues with adolescent patients, *American Journal of Psychiatry*, 1969, 126, 1760-1766
- YALOM, I.D. & M.A. LIEBERMAN. A study of encounter group casualties, *Archives of General Psychiatry*, 1971, 25, 16-30

ANHANG

FORM M

A MARITAL COMMUNICATION INVENTORY

Developed by

MILLARD J. BIENVENU, SR.

This inventory offers you an opportunity to make an objective study of the degree and patterns of communication in your marital relationship. It **will** enable you and your wife to better understand each other. We believe you will find it both interesting and helpful to make this study.

DIRECTIONS

1. Please answer each question as quickly as you can according to the way you feel *at the moment* (not the way you usually feel or felt last week).
2. Do not consult your wife while completing this inventory. You may discuss it with her after both of you have completed it. Remember that counseling value of this form will be lost if you change *any* answer during or after this discussion.
3. Honest answers are *very* necessary if this form is to be of value. Please be as frank as possible. Your answers are confidential. Your name is not required.
4. Use the following examples for practice. Put a check (✓) in *one* of the four blanks on the right to show how the question applies to your marriage.

(

	USUALLY	SOME- TIMES	SELDOM	NEVER
Does your wife like to talk about herself?	_____	_____	_____	_____
Does she let you know when she is displeased?	_____	_____	_____	_____

5. Read each question carefully. If you cannot give the exact answer to a question, answer the best you can but be sure to answer each one. There are no right or wrong answers. Answer according to the way *you* feel *at the present time*.

Copyright 1968 Millard J. Bienvenu, Sr. All rights reserved.
Printed in the United States of America.
Published by FAMILY LIFE PUBLICATIONS, INC.
Box 6725, Durham, N. C. 27708

	USUALLY	SOME- TIMES	SELDOM	NEVER
1. Do you and your wife discuss the manner in which the family income should be spent?	---	---	---	---
2. Does she discuss her work and interests with you?	---	---	---	---
3. Do you have a tendency to keep your feelings to yourself?	---	---	---	---
4. Is your wife's tone of voice irritating?	---	---	---	---
5. Does she have a tendency to say things which would be better left unsaid?	---	---	---	---
6. Are your mealtime conversations easy and pleasant?	---	---	---	---
7. Do you find it necessary to keep after her about her faults?	---	---	---	---
8. Does she seem to understand your feelings?	---	---	---	---
9. Does your wife nag you?	---	---	---	---
10. Does she listen to what you have to say?	---	---	---	---
11. Does it upset you to a great extent when your wife is angry with you?	---	---	---	---
12. Does she pay you compliments and say nice things to you?	---	---	---	---
13. Is it hard to understand your wife's feelings and attitudes?	---	---	---	---
14. Is she affectionate toward you?	---	---	---	---
15. Does she let you finish talking before responding to what you are saying?	---	---	---	---
16. Do you and your wife remain silent for long periods when you are angry with one another?	---	---	---	---
17. Does she allow you to pursue your own interests and activities even if they are different from hers?	---	---	---	---
18. Does she try to lift your spirits when you are depressed or discouraged?	---	---	---	---
19. Do you fail to express disagreement with her because you are afraid she will get angry?	---	---	---	---
20. Does your wife complain that you don't understand her?	---	---	---	---
21. Do you let your wife know when you are displeased with her?	---	---	---	---
22. Do you feel she says one thing but really means another?	---	---	---	---
23. Do you help her understand you by saying how you think, feel, and believe?	---	---	---	---
24. Do you and your wife find it hard to disagree with one another without losing your tempers?	---	---	---	---

	SOME-		
	USUALLY	TIMES	SELDOM NEVER
25. Do the two of you argue a lot over money?	_____	_____	_____
26. When a problem arises that needs to be solved are you and your wife able to discuss it together (in a calm manner)?	_____	_____	_____
27. Do you find it difficult to express your true feelings to her?	_____	_____	_____
28. Does she offer you cooperation, encouragement and emotional support in your role (duties) as a husband?	_____	_____	_____
29. Does your wife insult you when angry with you?	_____	_____	_____
30. Do you and your wife engage in outside interests and activities together?	_____	_____	_____
31. Does your wife accuse you of not listening to what she says?	_____	_____	_____
32. Does she let you know that you are important to her?	_____	_____	_____
33. Is it easier to confide in a friend rather than your wife?	_____	_____	_____
34. Does she confide in others rather than in you?	_____	_____	_____
35. Do you feel that in most matters your wife knows what you are trying to say?	_____	_____	_____
36. Does she monopolize the conversation very much?	_____	_____	_____
37. Do you and your wife talk about things which are of interest to both of you?	_____	_____	_____
38. Does your wife sulk or pout very much?	_____	_____	_____
39. Do you discuss intimate matters with her?	_____	_____	_____
40. Do you and your wife discuss your personal problems with each other?	_____	_____	_____
41. Can your wife tell what kind of day you have had without asking?	_____	_____	_____
42. Does she fail to express feelings of respect and admiration for you?	_____	_____	_____
43. Do you and your wife talk over pleasant things that happen during the day?	_____	_____	_____
44. Do you hesitate to discuss certain things with your wife because you are afraid she might hurt your feelings?	_____	_____	_____
45. Do you pretend you are listening to her when actually you are not really listening?	_____	_____	_____
46. Do the two of you ever sit down just to talk things over?	_____	_____	_____

SCORING KEY
Marital Communication
Inventory
Forms F and M
Responses and Weights to Items

ITEM	SOME- USUALLY TIMES	SELDOM	NEVER
1	3	2	1 0
2	3	2	1 0
3	0	1	2 3
4	0	1	2 3
5	0	1	2 3
6	3	2	1 0
7	0	1	2 3
8	3	2	1 0
9	0	1	2 3
10	3	2	1 0
11	0	1	2 3
12	3	2	1 0
13	0	1	2 3
14	3	2	1 0
15	3	2	1 0
16	0	1	2 3
17	3	2	1 0
18	3	2	1 0
19	0	1	2 3
20	0	1	2 3
21	3	2	1 0
22	0	1	2 3
23	3	2	1 0
24	0	1	2 3

SCORING KEY
Marital Communication
Inventory
Forms F and M
Responses and Weights to Items

ITEM	SOME- USUALLY TIMES	SELDOM	NEVER
25	0	1	2 3
26	3	2	1 0
27	0	1	2 3
28	3	-2	1 0
29	0	1	2 3
30	3	2	1 0
31	0	1	2 3
32	3	2	1 0
33	0	1	2 3
34	0	1	2 3
35	3	2	1 0
36	0	1	2 3
37	3	2	1 0
38	0	1	2 3
39	3	2	1 0
40	3	2	1 0
41	3	2	1 0
42	0	1	2 3
43	3	2	1 0
44	0	1	2 3
45	0	1	2 3
46	3	2	1 0

Tab. 3: Kennwerte der Pbn

Alter		Ausbildungs- niveau	Partnerschaft seit (Jahre)	Probleme seit (Jahre)	Anzahl Kinder
w	m				
48	48	II	19	19	1
20	26	II	2	1	-
35	35	III	3	1	2
30	39	III	11	11	1
32	35	IV	16	9	1
26	25	III	7	3	3
32	31	III	11	6	2
23	25	II	6	2	-
33	32	IV	9	2	2
32	31	III	9	4	1
37	39	III	11	3	2
40	38	III	10	1	2
37	41	III	12	12	1
27	30	III	5	2	-
31	33	III	8	8	1
35	36	III	12	6	2
38	40	II	10	10	2
28	33	III	6	2	2
31	32	III	8	3	2
30	28	III	10	5	3
36	39	II	17	6	3
29	27	II	6	3	2
30	35	III	13	5	1
27	27	III	1	1	1
30	34	II	9	2	2
42	36	III	4	3	-
33	33	III	2	2	1
35	38	III	14	2	1
34	34	IV	10	5	2

Erläuterung der Tabelle:

Bezüglich des Ausbildungsniveaus der Ehepartner wurden vier Kategorien unterschieden,

Kategorie I: Berufe mit einfachem Ausbildungsniveau wie z.B. Arbeiter

Kategorie II: Berufe mit spezialisiertem aber einfachem Ausbildungsniveau, wie z.B. Facharbeiter, Krankenschwester u.ä.

Kategorie III: Berufe mit gehobenem Ausbildungsniveau, wie z.B. grad.Ing., Systemanalytiker u.ä.

Kategorie IV: Berufe mit Hochschulbildungsniveau, wie z.B. Dipl.-Ing., Arzt u.ä.

Tab. 4: Häufigkeitsverteilung des Kennwertes "Alter"

Jahre	20 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 50
w	11	11	6	1
m	7	12	8	2

Tab. 5: Häufigkeitsverteilung des Kennwertes "Ausbildungsniveau"

Kategorie	I	II	III	IV
Anzahl	0	13	7	3

Tab. 6: Häufigkeitsverteilung des Kennwertes
"Dauer der Partnerschaft"

Jahre	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20
Anzahl	6	13	7	3

Tab. 7: Häufigkeitsverteilung des Kennwertes
"Dauer der Partnerschaftsstörung"

Jahre	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20
Anzahl	20	6	2	1

Tab. 8: Problem-Kategorien der Paare

Die in den Problemlisten von den Pbn. angegebenen Partnerschafts-konflikte ließen sich unter die folgenden Kategorien einordnen:

- 1: Allgemeine Kommunikationsprobleme (Verständigungsschwierigkeiten, häufige Meinungsverschiedenheiten, mangelnder Ausdruck von Gefühlen, mangelnde Bereitschaft zum Gespräch etc.)
- 2: Unbefriedigendes Problemlöseverhalten (mangelnde Fähigkeit, Probleme durch- und auszudiskutieren, Konflikte miteinander zu lösen etc.)
- 3: Probleme im emotional-körperlichen Bereich (sexuelle Probleme, mangelnde Zärtlichkeit etc.)
- 4: Probleme im emotional-affektiven Bereich (Vorherrschen einer gespannten, feinseligen Atmosphäre, mangelndes Vertrauen, mangelndes Verständnis füreinander und Akzeptieren voneinander etc.)
- 5: Probleme im Dominanzbereich (mangelnde Gleichberechtigung, unbefriedigende Rollenverteilung etc.)
- 6: Mangelnde Gemeinsamkeiten (gemeinsame Interessen, Freizeitgestaltung, gemeinsame Freunde etc.)
- 7: Diverse, in Kategorie 1 bis 6 nicht einzuordnende Probleme (wie z.B. Geldprobleme, Erziehungsprobleme etc.)

Tab. 9: Häufigkeitsverteilung der Problem-Kategorien

Kategorie	1	2	3	4	5	6	7
Anzahl	47	25	32	56	10	14	35

Tab. 10: Rohwerte pro Vp bei Gruppe T im MICS vorher

Versuchspaar Code-Nr.	V+		V-		NV+		NV-		Lösg.		Unspez.	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
T/1	0	0	7	11	1	4	18	30	0	1	8	10
T/2	10	4	6	2	26	12	23	20	0	0	3	7
T/3	7	5	31	16	6	8	43	33	0	0	5	10
T/4	0	1	11	10	8	9	32	39	0	0	7	3
T/5	13	25	17	14	22	37	72	47	2	1	25	21
T/6	5	2	10	9	31	13	46	50	0	0	13	12
T/7	3	0	11	7	12	21	33	28	2	1	5	5
T/8	1	0	13	13	8	9	41	34	1	3	12	5
T/9	3	2	7	14	10	11	34	27	0	0	20	6
Summen	42	39	113	96	124	124	342	308	5	6	98	79

Tab. 11: Rohwerte pro Vp bei Gruppe TA im MICS vorher

Versuchspaar Code-Nr.	V+		V-		NV+		NV-		Lösg.		Unspez.	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
TA/1	4	4	29	24	11	24	32	77	4	2	15	3
TA/2	1	2	20	17	19	10	69	41	0	1	9	5
TA/3	6	3	13	11	17	14	58	17	1	1	12	10
TA/4	2	0	74	67	4	5	43	31	0	0	4	12
TA/5	1	1	14	26	3	0	35	66	3	0	6	18
TA/6	4	3	30	18	31	20	64	45	1	5	11	7
TA/7	2	8	17	7	3	18	50	23	0	2	20	6
TA/8	4	1	17	9	17	8	30	44	0	0	8	11
TA/9	2	3	15	9	10	13	42	23	0	2	2	3
TA/10	2	2	39	23	12	24	62	86	3	0	14	10
Summen	28	27	268	211	127	136	485	453	12	13	101	85

Tab. 12: Rohwerte pro Vp bei Gruppe TAD im MICS vorher

Versuchspaar Code-Nr.	V+		V-		NV+		NV-		Lösg.		Unspez.	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
TAD/1	0	7	25	13	3	21	30	62	0	0	15	9
TAD/2	1	2	13	15	7	6	32	32	0	1	7	20
TAD/3	6	9	28	30	9	5	87	41	0	0	11	14
TAD/4	2	2	16	15	7	5	39	22	0	0	9	8
TAD/5	1	1	11	9	15	3	23	43	3	1	7	7
TAD/6	1	4	11	9	6	5	26	44	4	0	11	3
TAD/7	7	3	26	17	12	15	47	52	3	2	2	5
TAD/8	1	4	26	11	2	14	41	44	1	0	6	7
TAD/9	2	2	20	11	18	22	29	66	2	2	15	6
TAD/10	2	3	31	30	12	16	33	39	0	0	8	2
Summen	23	37	207	160	91	112	387	445	13	6	81	81

Tab. 13: Rohwerte pro Vp bei Gruppe T im MICS nachher

Versuchspaar Code-Nr.	V+		V-		NV+		NV-		Lösg.		Unspez.	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
T/1	1	4	2	2	10	7	18	13	3	5	0	1
T/2	10	5	9	7	38	9	42	23	3	3	0	1
T/3	1	5	13	6	6	14	27	28	0	5	18	2
T/4	2	5	14	6	13	9	21	21	1	1	4	4
T/5	8	4	1	3	19	4	9	16	3	1	2	5
T/6	2	2	3	2	17	16	16	12	6	3	2	1
T/7	1	1	6	2	16	6	17	10	2	1	4	4
T/8	7	3	5	6	15	6	18	20	3	0	5	5
T/9	2	3	7	6	8	4	26	18	1	1	2	3
Summen	34	32	60	40	139	75	194	161	22	20	37	26

Tab. 14: Rohwerte pro Vp bei Gruppe TA im MICS nachher

Versuchspaar Code-Nr.	V+		V-		NV+		NV-		Lös.		Unspez.	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
TA/1	1	2	4	4	10	14	4	14	4	0	1	2
TA/2	8	1	9	21	15	12	33	21	1	2	5	6
TA/3	9	13	3	4	21	17	10	7	8	8	1	1
TA/4	0	4	16	7	21	17	20	27	3	5	6	5
TA/5	3	7	9	7	22	12	20	32	6	3	2	5
TA/6	4	2	4	2	18	15	3	2	0	5	2	0
TA/7	3	10	9	4	9	22	11	14	3	2	3	1
TA/8	9	4	2	4	21	27	10	10	8	1	3	1
TA/9	15	11	3	4	30	26	23	11	6	7	1	2
TA/10	5	13	5	0	14	20	4	13	6	6	1	0
Summe	57	67	64	57	181	182	138	151	45	39	25	23

Tab. 15: Rohwerte pro Vp bei Gruppe TAD im MICS nachher

Versuchspaar Code-Nr.	V+		V-		NV+		NV-		Lös.		Unspez.	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
TAD/1	10	13	5	3	17	12	11	13	4	6	3	3
TAD/2	5	5	6	0	17	18	17	12	9	9	1	1
TAD/3	3	27	5	3	17	30	11	16	12	3	3	2
TAD/4	7	7	2	2	17	22	8	17	7	8	0	2
TAD/5	0	2	2	0	7	5	6	6	0	1	2	0
TAD/6	3	10	0	0	11	7	4	3	6	6	0	0
TAD/7	9	5	5	6	28	35	18	22	8	3	1	1
TAD/8	3	3	7	7	22	18	8	16	4	2	1	2
TAD/9	10	13	5	3	17	12	11	13	4	6	3	3
TAD/10	6	3	8	5	18	17	18	22	4	9	1	3
Summen	56	88	45	29	171	176	112	140	58	53	15	17

Tab. 16: r/Min.-Werte pro Vp bei Gruppe T im MICS vorher

Versuchspaar Code-Nr.	V+	V-	NV+	NV-	Lösg.	Unspez.	Summen
T/1	0	1.10	.31	2.94	.06	1.10	5.51
T/2	.89	.51	2.43	2.75	0	.64	7.22
T/3	.85	3.32	.99	5.36	0	1.06	11.58
T/4	.08	1.76	1.43	5.97	0	.84	10.08
T/5	1.73	1.41	2.68	5.41	.14	2.00	13.45
T/6	.37	1.00	2.32	5.05	0	1.32	10.00
T/7	.19	1.15	2.12	3.91	.19	.64	8.20
T/8	.06	1.69	1.10	5.52	.26	1.10	9.73
T/9	.33	1.38	1.38	4.00	0	1.70	8.79
Summen	4.50	13.32	14.76	40.91	.65	10.49	84.63
Prozentuale Häufigkeiten	5.32	15.74	17.44	48.34	.76	12.40	100.00

Tab. 17: r/Min.-Werte pro Vp bei Gruppe TA im MICS vorher

Versuchspaar Code-Nr.	V+	V-	NV+	NV-	Lösg.	Unspez.	Summen
TA/1	.64	4.13	2.73	8.50	.47	1.40	17.87
TA/2	.19	2.29	1.80	6.81	.06	.87	12.02
TA/3	.53	1.41	1.77	4.41	.12	1.30	9.54
TA/4	.14	9.86	.63	5.10	0	1.12	16.85
TA/5	.12	2.42	.18	6.12	.18	1.45	10,47
TA/6	.40	2.75	2.92	6.24	.34	1.03	13.68
TA/7	.71	1.70	1.49	5.17	.14	1.84	11.05
TA/8	.27	1.41	1.35	4.00	0	1.03	8.06
TA/9	.37	1.77	1.70	4.80	.15	.37	9.16
TA/10	.27	4.25	2.47	10.15	.21	1.65	19.00
Summen	3.64	31.99	17.04	61.30	1.67	12.06	127.70
Prozentuale Häufigkeiten	2.85	25.05	13.34	48.00	1.31	9.45	100.00

Tab. 18: r/Min.-Werte pro Vp bei Gruppe TAD im MICS vorher

Versuchspaar Code-Nr.	V+	V-	NV+	NV-	Lösg.	Unspez.	Summen
TAD/1	.44	2.41	1.52	5.84	0	1.52	11.73
TAD/2	.17	1.54	.72	3.52	.06	1.49	7.50
TAD/3	.87	3.35	.81	7.40	0	1.45	13.88
TAD/4	.26	2.05	.79	4.03	0	1.12	8.25
TAD/5	.11	1.05	.95	3.47	.21	.74	6.53
TAD/6	.37	1.48	.81	5.19	.30	1.04	9.19
TAD/7	.66	2.83	1.78	6.46	.33	.46	12.52
TAD/8	.36	2.70	1.17	6.20	.07	.95	11.45
TAD/9	.22	1.71	2.21	5.25	.22	1.16	10.77
TAD/10	.30	3.70	1.70	4.48	0	.24	10.42
Summen	3.76	22.82	12.46	51.84	1.19	10.17	102.24
Prozentuale Häufigkeiten	3.68	22.32	12.18	50.70	1.17	9.95	100.00

Tab. 19: r/Min.-Werte pro Vp bei Gruppe T im MICS nachher

Versuchspaar Code-Nr.	V+	V-	NV+	NV-	Lösg.	Unspez.	Summen
T/1	.55	.44	1.86	3.40	.88	.11	7.24
T/2	1.46	1.56	4.58	6.33	.58	.10	14.61
T/3	.93	2.94	3.10	8.20	.77	3.10	19.04
T/4	.79	2.27	2.49	4.76	.23	.91	11.45
T/5	1.72	.57	3.30	3.59	.57	1.00	10.75
T/6	.60	.74	4.91	4.17	1.34	.45	12.21
T/7	.27	1.06	2.92	3.59	.40	1.06	9.30
T/8	1.35	1.49	2.84	5.14	.41	1.35	12.58
T/9	.62	1.61	1.12	5.47	.25	.62	9.69
Summen	8.29	12.68	27.12	44.65	5.43	8.70	106.87
Prozentuale Häufigkeiten	7.76	11.87	25.38	41.78	5.08	8.13	100.00

Tab. 20: r/Min.-Werte pro Vp bei Gruppe TA im MICS nachher

Versuchspaar Code-Nr.	V+	V-	NV+	NV-	Lösg.	Unspez.	Summe
TA/1	.42	1.12	3.37	2.53	.56	.42	8.42
TA/2	1.10	3.70	3.29	6.59	.37	1.34	16.39
TA/3	2.38	.56	4.11	1.84	1.73	.22	11.04
TA/4	.44	2.52	4.16	5.15	.88	1.21	14.36
TA/5	1.12	1.79	3.80	5.81	1.01	.78	14.31
TA/6	.74	.74	4.04	.61	.25	.98	7.36
TA/7	1.58	1.58	3.77	3.04	.61	.49	11.07
TA/8	1.56	.72	5.76	2.40	1.03	.48	12.00
TA/9	2.67	.72	5.64	2.49	1.36	.31	14.19
TA/10	2.98	.83	5.62	2.81	1.98	.17	14.39
Summe	14.99	14.48	43.56	33.27	9.80	6.40	123.50
Prozentuale Häufigkeiten	12.14	11.73	35.27	27.75	7.94	5.17	100.00

Tab. 21: n/Min.-Werte pro Vp bei Gruppe TAD im MICS nachher

Versuchspaar Code-Nr.	V+	V-	NV+	NV-	Lösg.	Unspez.	Summen
TAD/1	2.10	.73	2.65	2.20	.91	.55	9.14
TAD/2	1.19	.71	4.16	3.44	2.14	.24	11.88
TAD/3	2.70	.72	4.22	2.43	1.35	.45	11.87
TAD/4	1.22	.35	3.39	2.17	1.30	.17	8.60
TAD/5	.28	.28	1.66	1.66	.14	.28	4.30
TAD/6	2.92	0	2.64	1.03	1.76	0	7.34
TAD/7	1.60	1.26	7.20	4.57	1.26	.23	16.12
TAD/8	.78	1.83	5.08	3.13	.78	.39	11.99
TAD/9	1.56	.89	4.00	2.00	2.00	.33	10.78
TAD/10	.95	1.38	3.70	4.23	1.38	.42	12.06
Summen	14.29	8.15	38.70	26.86	13.02	3.06	104.08
Prozentuale Häufigkeiten	13.73	7.83	37.28	25.81	12.51	2.94	100.00

Tab. 22: Rohwerte pro Vp bei Gruppe T im GRV vorher

Versuchspaar Code-Nr.	Tafelhalten		Vorschlagszahl (Initialdeutung)		Penetranz		Entscheid (Versagen)		Beur- teilung		Qualität	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	Produkt	Entscheid
T/1	2	11	16 (9xO)	19 (1xO)	5,5	4,5	3	7 (0 x V)	3 2 0	2 4 1	10/10	7/1
T/2	15	9	29 (8xO)	13 (2xO)	1	4	2,5	2,5 (5 x V)	4 1 1	2 24 7	4/5	2/5
T/3	6	10	15 (1xO)	21 (9xO)	6	3	2	7 (1 x V)	1 15 4	10 11 1	5/9	7/7
T/4	6	13	16 (4xO)	13 (6xO)	7	3	6	4 (0 x V)	6 1 1	3 3 2	9/10	3/1
T/5	1	10	16 (5xO)	11 (5xO)	4	5	3,5	5,5 (1 x V)	4 2 5	2 1 3	9/9	4/
T/6	6	10	13 (6xO)	21 (4xO)	5	5	4,5	5,5 (0 x V)	6 2 5	3 1 2	10/10	6/
T/7	8	20	23 (4xO)	13 (6xO)	7,5	2,5	8	2 (0 x V)	10 2 0	13 4 3	6/10	6/1
T/8	15	7	28 (6xO)	14 (4xO)	5,5	3,5	7	2 (0 x V)	2 6 1	8 4 3	7/9	6/1
T/9	1	11	15 (7xO)	18 (3xO)	3	5	1,5	5,5 (3 x V)	5 1 6	1 3 5	5/6	3/6
S	60	101	171 (50xO)	143 (40xO)	44,5	35,5	38	41 (10 x V)	53 32 23	44 55 27	68/78	48/

Tab. 23: Rohwerte pro Vp bei Gruppe TA im GRV vorher

Versuchspaar Code-Nr.	Tafelhalten		Vorschlagszahl (Initialdeutung)		Penetranz		Entscheid (Versager)		Beur- teilung		Qualität	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	Produkt	Entscheid
TA 1	22	18	21 (7xO)	9 (3xO)	4,5	5,5	5,5 (0 x V)	4,5	2 → 0 8 → 11 3 → 20		9/10	4/10
TA 2	10	1	20 (9xO)	10 (1xO)	6,5	3,5	4 (0 x V)	6	2 → 5 3 → 1 3 → 2		8/10	4/10
TA 3	0	10	16 (8xO)	14 (2xO)	7	3	4 (0 x V)	6	2 → 7 3 → 3 4 → 0		7/10	7/10
TA 4	2	11	12 (6xO)	11 (4xO)	5,5	4,5	1 (0 x V)	9	7 → 7 14 → 9 2 → 0		6/10	6/10
TA 5	15	23	21 (9xO)	16 (1xO)	2,5	6,5	3 (1 x V)	6	4 → 4 7 → 8 2 → 3		8/9	4/9
TA 6	23	19	18 (6xO)	22 (4xO)	2	4	5,5 (4 x V)	0,5	5 → 3 14 → 9 8 → 4		5/6	3/8
TA 7	10	0	12 (5xO)	10 (5xO)	3,5	3,5	4 (2 x V)	3	2 → 2 16 → 10 2 → 2		7/8	3/10
TA 8	7	15	17 (3xO)	18 (7xO)	4,5	4,5	5 (1 x V)	4	3 → 3 2 → 4 1 → 2		9/9	7/9
TA 9	11	18	20 (7xO)	15 (3xO)	3,5	5,5	1,5 (1 x V)	7,5	4 → 4 16 → 8 1 → 6		7/9	4/10
TA 10	28	27	6 (0xO)	19 (10xO)	4	6	6 (0 x V)	4	5 → 2 17 → 8 2 → 4		7/10	8/10
S	128	142	163 (60xO)	144 (40xO)	43,5	46,5	39,5 (9 x V)	50,5	36 → 37 100 → 71 28 → 23		73/91	50/96

Tab. 24: Rohwerte pro Vp bei Gruppe TAD im GRV vorher

Versuchspaar Code-Nr.	Tafelhalten		Vorschlagszahl (Initialdeutung)		Penetranz		Entscheid (Versager)		Beur- teilung		Qualität	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	Produkt	Entscheid
TAD 1	1	10	17 (6x0)	16 (4x0)	6,5	3,5	7,5 (0 x V)	2,5	13 5 5	17 12 2	10/10	7/10
TAD 2	10	3	11 (7x0)	5 (3x0)	7	3	5 (0 x V)	5	2 3 1	3 4 3	8/10	4/10
TAD 3	24	31	25 (7x0)	20 (3x0)	2	4	4 (3 x V)	2	2 26 2	8 22 2	4/6	2/7
TAD 4	19	18	15 (8x0)	16 (2x0)	6	1	3 (1 x V)	4	1 8 1	3 4 1	6/7	6/9
TAD 5	13	3	15 (7x0)	13 (3x0)	3	3	3 (4 x V)	3	4 6 1	2 2 7	4/6	3/7
TAD 6	11	15	23 (8x0)	9 (2x0)	8,5	1,5	5 (1 x V)	4	7 4 1	2 3 5	7/9	7/9
TAD 7	10	0	10 (6x0)	8 (4x0)	5	5	7 (1 x V)	2	6 7 4	2 6 5	8/9	5/10
TAD 8	0	10	11 (3x0)	25 (7x0)	3	6	6 (1 x V)	3	0 20 2	5 10 0	4/9	2/10
TAD 9	11	19	15 (6x0)	16 (4x0)	2,5	5,5	4,5 (2 x V)	3,5	5 17 1	2 16 1	7/9	3/10
TAD 10	6	17	15 (6x0)	20 (4x0)	5,5	1,5	2 (3 x V)	5	11 4 3	7 6 5	6/7	3/7
S	105	120	137 (64x0)	148 (36x0)	49	34	47 (18xV)	34	51 100 21	51 185 31	64/82	42/85

Tab. 25: Röhwerte pro Vp bei Gruppe T im GRV nachher

Versuchspaar Code-Nr.	Tafelhalten		Vorschlagszahl (Initialdeutung)		Penetranz		Entscheid (Versager)		Beur- teilung		Qualität	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	Produkt	Entscheid
T/1	6	4	10 (9xO)	3 (1xO)	7,5	2,5	6 (0 x V)	4	2 0 0	6 0 0	10/10	10/10
T/2	11	1	16 (9xO)	4 (1xO)	5	0	1 (5 x V)	4	1 0 1	0 8 5	4/5	3/5
T/3	9	5	15 (2xO)	18 (8xO)	5	5	7,5 (0 x V)	2,5	10 15 1	7 8 0	10/10	5/10
T/4	1	11	11 (6xO)	9 (4xO)	5	5	2 (0 x V)	8	2 0 1	2 0 0	8/10	10/10
T/5	6	13	8 (3xO)	13 (7xO)	4	6	3,5 (0 x V)	6,5	11 6 2	1 10 0	10/10	7/10
T/6	3	9	10 (5xO)	7 (5xO)	7,5	2,5	4,5 (0 x V)	5,5	3 2 1	6 6 0	7/10	9/10
T/7	10	20	15 (7xO)	9 (3xO)	5	5	4,5 (0 x V)	5,5	6 3 1	12 3 2	10/10	10/10
T/8	11	1	19 (6xO)	14 (4xO)	4	6	4 (1 x V)	5	5 9 2	7 8 2	9/10	7/10
T/9	0	10	11 (7xO)	17 (3xO)	5	5	3,5 (0 x V)	7,5	4 4 2	4 6 1	10/10	6/10
S	57	74	115 (54xO)	94 (36xO)	48	37	36,5 (6 x V)	48,5	44 39 11	45 49 10	78/85	67/85

Tab. 26: Rohwerte pro Vp bei Gruppe TA im GRV nachher

Versuchspaar Code-Nr.	Tafelhalten		Vorschlagszahl (Initialdeutung)		Penetranz		Entscheid (Versagen)		Beur- teilung		Qualität	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	Produkt	Entscheid
TA 1	2	14	9 (7xO)	6 (3xO)	5	5	5,5 (0 x V)	4,5	7 → 3 2 → 4 0 → 1		10/10	9/10
TA 2	10	0	10 (5xO)	6 (5xO)	5	5	5 (0 x V)	4	6 → 4 3 → 2 0 → 0		10/10	9/10
TA 3	5	16	14 (7xO)	13 (3xO)	8	2	4 (0 x V)	6	12 → 7 7 → 15 2 → 4		10/10	9/10
TA 4	1	7	11 (6xO)	10 (4xO)	4	6	4 (0 x V)	6	6 → 2 5 → 2 0 → 1		10/10	10/10
TA 5	11	1	10 (4xO)	9 (6xO)	4,5	5,5	5 (0 x V)	5	12 → 5 2 → 4 1 → 2		10/10	10/10
TA 6	7	18	16 (7xO)	12 (3xO)	5,5	5,5	2,5 (1 x V)	6,5	8 → 12 10 → 8 0 → 0		9/9	7/9
TA 7	10	0	8 (6xO)	9 (4xO)	5	4	2,5 (1 x V)	6,5	2 → 7 5 → 1 0 → 0		9/10	9/10
TA 8	7	9	14 (3xO)	18 (7xO)	5,5	4,5	4 (1 x V)	5	8 → 8 8 → 10 0 → 1		8/9	9/10
TA 9	4	15	11 (6xO)	13 (4xO)	5	5	2 (0 x V)	8	7 → 8 4 → 0 0 → 1		10/10	9/10
TA 10	0	10	5 (2xO)	18 (8xO)	2,5	7,5	4 (0 x V)	6	21 → 7 9 → 4 1 → 4		10/10	10/10
S			114 (53xO)	114 (47xO)	50	48	38,5 (3 x V)	57,5	90 → 61 61 → 50 4 → 14		9/9	7/9

Tab. 27: Rohwerte pro Vp bei Gruppe TAD im GRV nachher

Versuchspaar Code-Nr.	Tafelhalten		Vorschlagszahl (Initialdeutung)		Penetranz		Entscheid (Versager)		Beur- teilung		Qualität	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	Produkt	Entscheid
TAD 1	0	10	8 (4x0)	12 (6x0)	4	6	5,5 (0 x V)	4,5 (0 x V)	20 → 18 5 → 2 1 → 0		9/10	10/10
TAD 2	13	6	8 (5x0)	6 (5x0)	5	5	6,5 (0 x V)	3,5 (0 x V)	6 → 4 0 → 1 0 → 1		10/10	10/10
TAD 3	24	31	22 (6x0)	14 (4x0)	4,5	4,5	6 (1 x V)	3 (0 x V)	18 → 15 4 → 10 1 → 1		9/9	9/9
TAD 4	17	14	13 (2x0)	14 (8x0)	5	3	3 (2 x V)	5 (0 x V)	5 → 9 3 → 6 1 → 0		8/8	6/8
TAD 5	11	15	8 (3x0)	7 (7x0)	6,5	3,5	3 (0 x V)	7 (0 x V)	2 → 3 3 → 5 0 → 2		10/10	8/10
TAD 6	11	16	10 (7x0)	4 (3x0)	7,5	2,5	5,5 (0 x V)	4,5 (0 x V)	4 → 15 1 → 1 1 → 2		10/10	10/10
TAD 7	10	0	12 (7x0)	9 (3x0)	6	4	7,5 (0 x V)	2,5 (0 x V)	8 → 5 4 → 4 0 → 1		10/10	8/10
TAD 8	0	10	10 (6x0)	17 (4x0)	3	7	4,5 (0 x V)	5,5 (0 x V)	10 → 4 3 → 2 1 → 1		9/10	9/10
TAD 9	17	21	10 (7x0)	7 (3x0)	5,5	3,5	5,5 (1 x V)	3,5 (0 x V)	3 → 5 7 → 6 1 → 0		8/9	7/9
TAD 10	1	11	(1x0) 7	(9x0) 11			(0 x V) 3,5	 6,5	8 → 7 0 → 1 0 → 0		10/10	9/10
S	104	134	108 (48x0)	101 (52x0)	51,5	44,5	50,5 (4 x V)	45,5 (0 x V)	84 → 85 30 → 38 6 → 8		93/96	86/96

Tab. 28: Rohwerte pro Vp bei Gruppe T
Therapieerfolgsskala

Versuchspaar Code-Nr.	nachher	
	w	m
T/1	2,7	4,2
T/2	1,3	2,4
T/3	8,0	4,8
T/4	0	6,8
T/5	5,6	2,7
T/6	6,5	3,5
T/7	1,8	0,2
T/8	1,5	0,3
T/9	4,7	3,6
S	32,1	28,5
D	3,56	3,16

Tab. 29: Rohwerte pro Vp bei Gruppe TA
Therapieerfolgsskala

Versuchspaar Code-Nr.	nachher	
	w	m
TA/1	2,1	0,8
TA/2	0,5	0,5
TA/3	1,6	3,5
TA/4	4,5	5,7
TA/5	4,2	6,8
TA/6	1,6	3,5
TA/7	1,0	1,2
TA/8	4,9	4,7
TA/9	4,2	6,5
TA/10	7,5	7,1
S	42,1	40,3
D	3,71	4,03

Tab. 30: Rohwerte pro Vp bei Gruppe TAD
Therapieerfolgsskala

Versuchspaar Code-Nr.	nachher	
	w	m
TAD/1	5,5	5,7
TAD/2	2,9	2,5
TAD/3	4,0	2,7
TAD/4	6,0	6,8
TAD/5	7,5	3,0
TAD/6	7,5	0,3
TAD/7	6,0	7,7
TAD/8	7,8	9,2
TAD/9	3,0	4,0
TAD/10	0	1,1
S	50,2	43,0
D	4,71	4,3

Tab. 31: Rohwerte pro Vp von Gruppe T bei
Partnerfragen vorher/nachher

Versuchspaar Code-Nr.	vorher		nachher	
	w	m	w	m
T/1	4	5	4	4
T/2	3	1	2	3
T/3	6	7	4	7
T/4	3	5	4	5
T/5	1	2	1	1
T/6	4	2	3	4
T/7	10	11	4	3
T/8	8	13	11	11
T/9	6	9	7	4
S	45	55	40	42
D	5,0	6,11	4,44	4,66

Tab. 32: Rohwerte pro Vp von Gruppe TA bei
Partnerfragen vorher/nachher

Versuchspaar Code-Nr.	vorher		nachher	
	w	m	w	m
TA/1	14	15	3	11
TA/2	5	6	5	2
TA/3	10	11	4	5
TA/4	9	5	0	3
TA/5	9	7	4	4
TA/6	5	5	0	8
TA/7	5	6	-	-
TA/8	6	3	0	1
TA/9	1	7	3	0
TA/10	7	4	4	4
S	71	69	23	38
D	7,1	6,9	2,3	3,8

Tab. 33: Rohwerte pro Vp von Gruppe TAD bei
Partnerfragen vorher/nachher

Versuchspaar Code-Nr.	vorher		nachher	
	w	m	w	m
TAD/1	10	8	4	4
TAD/2	7	8	10	14
TAD/3	12	7	-	-
TAD/4	10	3	2	1
TAD/5	7	2	1	2
TAD/6	6	4	7	4
TAD/7	10	7	6	5
TAD/8	8	4	3	2
TAD/9	6	7	7	4
TAD/10	11	10	-	-
S	87	60	40	36
D	8.7	6.0	4.0	3.6

Tab. 34: Rohwerte pro Vp von Gruppe T im MCI vorher/nachher

Versuchspaar Code-Nr.	vorher		nachher	
	w	m	w	m
T/1	60	65	77	73
T/2	80	103	77	99
T/3	53	57	81	62
T/4	74	75	50	72
T/5	95	95	98	100
T/6	78	112	88	85
T/7	58	60	59	66
T/8	64	64	54	58
T/9	73	97	73	97
S	635	728	657	712
D	70,56	80,89	73,0	79,11

Tab. 35: Rohwerte pro Vp von Gruppe TA im MCI vorher/nachher

Versuchspaar Code-Nr.	vorher		nachher	
	w	m	w	m
TA/1	55	44	47	52
TA/2	83	64	88	56
TA/3	82	64	86	64
TA/4	65	78	93	74
TA/5	58	65	70	81
TA/6	85	64	65	61
TA/7	78	85	87	88
TA/8	87	92	84	96
TA/9	95	85	110	110
TA/10	77	71	85	79
S	765	712	815	771
D	76,5	71,2	81,5	77,1

Tab. 36: Rohwerte pro Vp von Gruppe TAD im MCI vorher/nachher

Versuchspaar Code-Nr.	vorher		nachher	
	w	m	w	m
TAD/1	80	62	113	87
TAD/2	63	90	54	74
TAD/3	68	79	83	84
TAD/4	61	88	71	94
TAD/5	81	104	93	104
TAD/6	55	89	61	83
TAD/7	76	63	60	77
TAD/8	77	85	70	89
TAD/9	57	82	62	69
TAD/10	45	68	52	62
S	663	810	719	823
D	66,3	81,0	71,9	82,3

LEBENS LAUF

07.02.1951	Geboren in Gudensberg, Landkreis Fritzlar-Homberg im Bundesland Hessen als Tochter des Kaufmanns Walter Wenzel und seiner Ehefrau Hannelore
Ostern 1957	Einschulung in die Grundschule der Stadt Homberg
1957 - 1961	Grundschule
Ostern 1961	Übertritt in das Bundespräsident-Theodor-Heuss-Gymnasium Homberg
1961 - 1969	Gymnasium
13.06.1969	Abitur
Wintersemester 69	Aufnahme des Psychologie-Studiums an der Ludwig-Maximilians-Universität München
14.04.1974	Vordiplom in Psychologie mit dem Gesamturteil "gut"
09.12.1974	Diplom in Psychologie mit dem Gesamturteil "sehr gut"
Sommersemester 75	Aufnahme des Promotionsstudiums mit der Fächerverbindung Psychologie (Hauptfach), Pädagogik und Psychiatrie (Nebenfächer).
1975 - 1977	Promotionsstipendium nach dem Graduiertenförderungsgesetz
Okt./Nov. 1976	Forschungsaufenthalt an der UCLA (University of California in Los Angeles)
April 1977	Beginn der Zusatzausbildung zum Psychoanalytiker bei der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV)
Herbst 1977	Niederlassung in eigener psychologischer Praxis
Dezember 1979	Zusatztitel "Klinischer Psychologe"
28.07.1980	Abschluß der Promotion durch die mündliche Prüfung mit dem Gesamturteil "magna cum laude"

Zorneding, den 4.8.1980

